

ANNÉE 1935

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GALAN (Joseph-Marie-Raymond)

Né le 24 Mars 1911, à Oran

Contribution à l'étude du Traitement Prophylactique des présentations du siège

LA VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

(d'après les observations recueillies
dans le service de M. le Professeur
agrégé Marcel METZGER (maternité
des hôpitaux Bretonneau et Bichat).

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935

520

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GALAN (Joseph-Marie-Raymond)

Né le 24 Mars 1911, à Oran

Contribution à l'étude
du
Traitement Prophylactique
des présentations du siège

LA VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

(d'après les observations recueillies
dans le service de M. le Professeur
agrégé Marcel METZGER (maternité
des hôpitaux Bretonneau et Bichat).

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARCEL LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des ma-	NOBECOURT.
ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies du système nerveux	H. CLAUDE.
Clinique des maladies infectieuses.....	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	
pédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	
dulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
	LABBÉ HENRI.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIE.
Pathologie chirurgicale.....	SÈNÈQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIÈRE.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGRAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
ERULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
HARVIER.
LIAN.
PASTEUR-VALLERY-
RADOT.
SEZARY.

Clinique
médicale

MM.
BASSET.
BROCO.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOCQUOT.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

MM.
ECALLE
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Puériculture

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
WEIL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur JEANNIN

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé Marcel METZGER

Qui m'a inspiré ce sujet et m'a
guidé de ses conseils.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

De très nombreux travaux ont paru sur la version par manœuvres externes traitant et de sa valeur et de sa méthode.

Nous nous bornerons à passer rapidement en revue et l'historique de la question et la fréquence et les dangers des présentations du siège, pour présenter nos observations personnelles et pouvoir étudier ensuite les dangers, les difficultés de la version et l'époque la plus favorable à sa réalisation.

DÉFINITION

« La Version par Manœuvres externes » est une « Mutation de présentation » pratiquée par l'extérieur à travers la paroi abdominale.

Considérée comme traitement prophylactique de la présentation du siège, elle a pour but d'amener dans le segment inférieur le pôle céphalique, donc de transformer la présentation du siège en présentation du sommet.

HISTORIQUE

Laissant de côté la préhistoire de la question, nous ne passerons en revue que son ère scientifique.

En 1807, Wigand, dans le « *Magazin de Hambourg* » publie son premier mémoire, suivi en 1812, dans le même « *magazin* », d'un second mémoire. S'intéressant surtout aux cas de présentation de l'épaule, Wigand estimant que les contractions sont nécessaires pour maintenir la nouvelle présentation, recommande de la tenter pendant le travail, — selon lui, la version peut être tentée pendant la grossesse, mais sans beaucoup de chances de réussite.

En 1839, Hergott, de Strasbourg, fait paraître ses travaux sur le sujet, et en 1857 publie la traduction des mémoires de Wigand.

En 1843, L. S. Hubert, de Louvain, et Bunsen, de Francfort, éditent leurs travaux.

En 1855, Mattei, de Bastia, dans son mémoire « sur la réduction et la version céphalique opérée à travers la paroi abdominale avant la rupture de la poche des eaux » préconise la version comme traitement prophylactique des présentations peu favorables, et parmi celle-ci, le siège.

Mattei fait ensuite paraître un important travail, dans lequel il décrit une nouvelle méthode d'exploration, « *le palper* », permettant de reconnaître avant le travail la nature de la présentation, d'où la possibilité de corriger certaines présentations, et avant tout

celles du siège. La méthode de Mattei fut diversement appréciée, en France comme à l'Etranger.

En 1878, Pinard publie son ouvrage capital « Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la Version par Manœuvres externes ». Pinard y remarque que la V. M. E. est à tort peu employée et la recommande expressément.

En 1886, la « Société obstétricale et gynécologique de Paris » suivant Pageot dans ses reproches condamne la Version par Manœuvres Externes comme traitement prophylactique des présentations du siège.

Mais, fort heureusement, cette condamnation *ex Cathedra* ne porte pas atteinte à la pratique de la Version — qui de plus en plus jusqu'à nos jours est employée. L'on ne discute plus sur son opportunité, mais seulement sur sa technique, et sur l'époque de la grossesse à laquelle elle doit être tentée.

En 1922, M. Levy-Solal, s'appuyant sur les travaux de Fruhinholz (Revue Médicale de l'Est, 1904), dans le Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie publie un mémoire sur la Version en position déclive.

En 1923, son élève Decugnière soutient sa thèse sur cette question.

En 1927, Richard, élève du Professeur Metzger, relevant les versions faites à la Maternité de l'Hôpital Tenon, s'attache à démontrer l'intérêt qu'il y a à faire la Version le plus tôt possible.

Depuis, de nombreux travaux paraissent, tant en

France qu'à l'Etranger, confirmant par les résultats obtenus tout l'intérêt du procédé.

Notre thèse reposant sur le relevé des versions tentées depuis juillet 1933, jusqu'en février 1935 dans le service du Professeur Metzger, à la Maternité de Bretonneau, puis à celle de l'hôpital Bichat, prouve par l'importance de notre statistique la valeur de la Version comme traitement prophylactique de la présentation du siège, à la condition de l'effectuer le plus tôt possible.

FRÉQUENCE DE LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

La présentation du siège se voit :

D'après Pinard : 1 fois sur 30.

D'après Mme Lachapelle : 1 fois sur 27.

D'après Moreau : 1 fois sur 25.

(Statistique portant sur 10 années à la clinique Baudelocque).

D'après Petroné (de Trani) :

(Statistique portant sur les années 1926-27-28 à la clinique Boucicaut).

Sur un total de 7.388 accouchements.

Si l'on comprend en bloc tous les accouchements en siège, à terme, avant terme et de gémellaire, l'on a 1 siège sur 40.

Si l'on ne considère que les accouchements à terme, l'on ne trouve plus que 1 sur 70.

Ce chiffre très bas de 1 sur 70 provient de ce que les femmes venant à temps à la consultation ont systématiquement subi la V. M. E.

Si l'on sépare Primipares et Multipares, l'on a :

65 % de siège chez les Primipares.

35 % de siège chez les Multipares.

Si l'on sépare les sièges complets des sièges décom-
plétés, l'on a :

D'après Moreau :

Statistique portant sur 795 cas.

S. complets 40 %

S. décomplétés 60 %

D'après Maniel :

Statistique portant sur 610 cas à la clinique Tarnier.

S. complets 312

S. décomplétés, mode des pieds.... 10

S. décomplétés, mode des fesses... 278

D'après Lepage :

Statistique portant sur 174 cas.

S. complets 55

S. décomplétés 107

D'après Néret. — Clinique Baudelocque :

Statistique séparant Primipares et Multipares.

Primipares : 161 cas.

115 sièges décomplétés.

41 sièges complets.

Multipares : 132 cas.

50 sièges complets.

75 sièges décomplétés.

Cette dernière statistique prouverait que les sièges décomplétés sont plus fréquents que les sièges complets ; cela a son intérêt, car au cours des manœuvres de Version l'on éprouvera bien plus de difficultés pour les sièges décomplétés, les membres relevés faisant attelle devant le corps et en gênant la flexion.

Les sièges décomplétés étant, s'il faut se fier à cette statistique, plus fréquents chez les Primipares, l'on ne sera pas surpris de réussir moins facilement la version chez les Primipares.

Dans sa thèse soutenue cette année, d'après les observations des Maternités de Tenon, Bretonneau et Bichat, dans les services successifs de notre maître le Professeur Metzger — de 1926 à 1935, Costet ne relève que 170 cas de présentations du siège — ce qui, en 8 ans est vraiment minime.

Cependant, ce pourcentage vraiment bas sera très facilement admis, lorsque l'on verra que pour la seule période allant de juillet 1933 à février 1935, 122 femmes venues à la consultation de l'hôpital Bretonneau, puis à celle de Bichat ont subi les manœuvres de version.

L'on ne compte guère plus dans le service du Professeur Metzger comme accouchements par le siège que ceux de femmes n'étant pas venues consulter pendant leur grossesse, et les quelques succès de nos versions.

DANGERS DE LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

Certains accoucheurs ont considéré les accouchements en présentation du siège comme contre nature ; d'autres comme aussi favorables que les accouchements des présentations du sommet.

Nous allons citer différentes statistiques prouvant tout au moins que les accouchements en présentation du siège, sont, même en d'excellentes conditions, plus dangereux et pour l'enfant et pour la mère que ceux des présentations du sommet.

<i>D'après Hegard</i>	Mortalité	35 %
— <i>Churchill</i>	—	32 %
— <i>Hecker</i>	—	22 %
— <i>Dubois</i>	—	1/11
— <i>Mattei</i>	—	1/15
— <i>Wallich</i>	—	1/14
— <i>Dubrisay et Jeannin</i>	—	6 à 8 %

D'après Pétronè (statistique récente faite à Boucicaut) : 12 %.

D'après Gilbert (statistique portant sur 9.000 accouchements successifs).

211 sièges. 35 Primipares. 188 Multipares.

Mortalité fœtale, 22 %, à laquelle il faut ajouter 1,5 % d'enfants décédés dans les dix jours suivant l'accouchement.

(Cette statistique comprend tous les cas, sauf les cas compliqués tels que les cas compliqués de placenta

paevia où le siège est favorable et les cas de bassins rétrécis — cas où les risques maternels et fœtaux sont augmentés par la complication.)

Nous citerons maintenant différents travaux dans lesquels Primipares et Multipares sont séparées :

D'après Pinard :

Au cas où l'on ne tient compte que des accouchements dans lesquels l'enfant était vivant au début du travail.

260 cas, 15,38 % mortalité.	
Primipares, 103 cas.....	10,67 %
Multipares, 157 cas.....	18,47 %

D'après Néret :

(Bassins normaux. Fœtus vivants au début du travail pesant au moins 2.500 grammes.)

Primipares	7 %
Multipares	12,30 %

en prenant les enfants de tous poids :

Primipares	13,90 %
Multipares	20,90 %

soit en moyenne 17,29 % de mortalité.

D'après Moreau :

10 % de mortalité totale.	
Primipares	8 %
Multipares	12 %

D'après Gilbert :

Primipares : 28 % de mortalité ; 3,5 % de prématurés.

Multipares : 14 % de mortalité ; 1 % de prématurés.

Il semble plus logique d'admettre les résultats de ces dernières statistiques où la mortalité est plus élevée chez les Primipares, et cela en raison de la plus grande résistance des parties molles entraînant des accouchements plus laborieux chez les Primipares.

Nous allons citer une intéressante statistique de Pierson étudiant les lésions constatées sur les enfants décédés au cours d'accouchements en siège. Malheureusement, elle englobe la mortalité dans les sièges après version par manœuvres internes et la mortalité dans les sièges naturels.

18 cas, soit 12 % de morts sur 142 accouchements naturels.

18 cas, soit 26 % de morts sur 87 cas de V. M. I. suivies d'extraction.

Sur les 36 cas :

Hémorragies intracrâniennes....	47 %
Hémorragies du canal médullaire	47 %
Fractures vertébrales	38 %
Rupture complète de la moelle...	2 cas

Le traumatisme fut cause probable du décès dans 50 % des cas.

L'asphyxie dans seulement 5 %.

Le traumatisme + l'asphyxie dans 39 % des cas.

Etudions maintenant la mortalité dans les présentations du sommet :

Selon *Tarnier* : 1 %.

Selon *Hegar* : 3 à 4 %.

Selon *Dubois* : 1/51.

Selon *Wallich* : 1/31.

Certains des chiffres cités dans les statistiques sur la mortalité dans la présentations du siège paraissent élevés, provenant très certainement d'un manque d'élimination. Il n'en reste pas moins vrai que même en admettant comme chiffre moyen de mortalité dans les présentations du siège 12 % nous demeurons bien au-dessus de la mortalité dans les présentations du sommet.

La mortalité dans les présentations du siège a tendance à diminuer sensiblement dans un grand nombre de services hospitaliers où l'on s'efforce d'abandonner les accouchements des présentations du siège, le plus possible aux lois de la nature.

Ce non-interventionnisme conduit à d'excellents résultats — nous ne citerons qu'un chiffre : dans sa thèse soutenue cette année, M. Costet relève tous les cas de sièges accouchés dans les différents services du professeur Metzger de 1926 à 1935 et aboutit au chiffre réduit de 7 % de mortalité.

Ces différentes statistiques ne tiennent pas compte de la mortalité dans les dix jours suivant l'accouchement des présentations du siège en raison d'hémorra-

gies intra-crâniennes et de broncho-pneumonies possibles.

Moreau donne 5 % de mortalité dans les 10 jours suivant l'accouchement.

Gilbert, 1,5 %.

Non seulement la mortalité des accouchements par le siège est plus élevée que celles des accouchements par le sommet, mais aussi la fréquence de différentes lésions :

Fractures ;

Décollements épiphysaires ;

Paralysies par élongation des plexus ;

Hémorragies diverses ;

Lésions buccales et maxillaires.

Il est logique de penser qu'à côté des hémorragies intra-crâniennes et rachidiennes mortelles se produisent aussi souvent (si ce n'est plus), de ces petites hémorragies qui causant seulement de minimes lésions ne joueront pas un rôle néfaste dans le développement ultérieur de l'enfant.

Les dangers pour la mère sont eux aussi accrus en proportion notable ; les accouchements par le siège ne sont-ils pas le plus souvent de longue durée, ne s'accompagnent-ils pas plus fréquemment de rupture précoce des membranes, d'œdème du col ? et ne conduisent-ils pas à des interventions dont les risques pour la mère sont évidents ? Les déchirures du segment inférieur déterminées par le passage de la tête

dernière sont possibles — de même que des hémorragies dues au décollement du placenta.

La déchirure du Périnée comme l'épisiotomie se voient selon Gilbert dans :

48 % des cas chez les Primipares.

18 % des cas chez les Multipares
accouchant en siège.

Pétroné donne le chiffre global de 40 % de lésions périnéales.

Donc les risques fœtaux et maternels étant bien plus grands dans les accouchements des présentations du siège, même lorsque sont suivis scrupuleusement les principes mis en pratique dans certains services hospitaliers ; n'est-il pas évident que la version par manœuvres externes devra être tentée systématiquement ? et cela surtout par les médecins praticiens des campagnes, car pour qui connaît la multiplicité de leurs devoirs, il est évident que conduire un accouchement en siège selon les meilleurs principes ne leur est pas aussi facile que dans les maternités. Il est donc sage de leur proposer le moyen de ne plus faire ces accouchements délicats : Pratiquer le plus tôt possible la V. M. E. dans toutes les présentations du siège.

RÉSULTATS DE NOS VERSIONS

Nous allons passer en revue notre travail portant sur les cas de versions tentées de juillet 1933 à février 1935 à la consultation de la Maternité de l'Hôpital Bretonneau, puis à celle de l'Hôpital Bichat. Nous n'avons retenu que les observations de femmes ayant accouché dans le service.

Nous avons ainsi 122 observations comprenant 50 Primipares, 72 Multipares. Nous en avons séparé l'étude.

Nous allons pouvoir exposer les résultats obtenus, et étudierons ensuite les difficultés, les dangers et les contre-indications de la Version par manœuvres externes.

Primipares.

50 cas. Age moyen des femmes : 23 ans.

Nous avons donc 50 primipares subissant une première tentative de version.

42 tentatives sont menées à bien, la tête est en bas.

8 tentatives n'aboutissent pas et ce, en raison de la

contraction de la paroi abdominale et surtout de la contraction de l'utérus pendant l'examen ou au cours des manœuvres.

Des 42 versions menées à bien, 36 seront pleinement couronnées de succès, les 36 femmes accouchant de présentation du sommet.

Ce qui nous fait dès la première tentative 72 % de succès.

Nous avons aussi 6 récidives.

Nous aurons donc subissant une deuxième tentative de version 14 femmes :

8 versions non effectuées à la première tentative.

6 récidives.

De ces 14 cas

8 versions sont menées à bien.

6 ne le sont pas.

Des 8 versions réussies

4 se maintiennent définitivement en bonne position et aboutissent à un accouchement par le sommet.

4 récidives.

Des non réussies, 1 accouchera en siège. Ce qui nous donne sur l'ensemble de nos 50 cas, 8 % de succès à cette deuxième tentative.

Nous aurons donc subissant une troisième tentative de version :

5 versions non réussies à la deuxième tentative.

4 récidives.

De ces 9 cas

8 versions sont réussies.

1 ne l'est pas.

Des 8 versions réussies

5 se maintiennent définitivement et accouchent en présentation du sommet.

3 récidives, dont deux accoucheront en présentation du siège.

Ce qui nous donne à ajouter 10 % de succès sur l'ensemble à cette troisième tentative.

Il nous reste, subissant une quatrième tentative, 2 cas.

Ces 2 versions ne sont pas réussies.

Une des femmes accouche en présentation du siège, l'autre subit une cinquième tentative infructueuse et accouche aussi en présentation du siège.

Nous avons donc eu :

72 % de succès définitif à la première tentative.

8 % de succès définitif à la deuxième.

10 % de succès définitif à la troisième.

Ce qui fait au total 90 % de succès sur l'ensemble de nos 50 cas et 10 % d'échecs.

Il nous est arrivé de ne pas tenter la version à la première consultation.

Une première fois : *Obs. XXII* :

Grossesse de 6 mois 1/2, la version n'est pas tentée car les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Une deuxième fois : *Obs. XXXIX* :

Grossesse de 7 mois, la version n'est pas tentée
car la femme présente une légère hémorragie.

Mortalité fœtale. — 45 de nos cas se terminent par
un accouchement en présentation du sommet.

Nous relevons 4 décès fœtaux que nous allons ex-
poser.

Obs. XXXXI :

3 tentatives en version.

Semblant menées à bien à 6 mois et 6 mois 1/2,
mais récidivant.

A 7 mois 1/2, la version réussit.

L'enfant naît en état de mort apparente ; il est
impossible de le ranimer.

Obs. XXX :

1 tentative de version à 8 mois réussie.

Accouchement à terme. Forceps pour non-pro-
gression. Tête et modification des b. d. c.
aboutissant à l'extraction d'un enfant que
l'on ne peut ranimer.

Obs. XXXVIII :

2 tentatives de version.

Une sans résultats à 7 mois 1/2, puis la version
réussit en déclive à 8 mois.

Accouchement à terme, dystocie des épaules,
enfant pesant 4.000 grammes, né en état de
mort apparente. La P. L. ramène un liquide
hémorragique.

Obs. XXXIX :

2 tentatives de version.

A 6 mois, tentative négative.

A 6 mois 1/2, la version est réussie.

Accouchement prématuré à 7 mois ; enfant macéré pesant 2.100 grammes.

Il serait assez difficile que de vouloir attribuer ces décès aux manœuvres de version.

Accouchements prématurés.

Nous relevons 2 accouchements prématurés.

Obs. XXIV :

Version effectuée à 7 mois ; après la version, les bruits du cœur se ralentissent mais reprennent quelques minutes après leur rythme normal.

3 jours après, accouchement prématuré, garçon vivant pesant 2.450 grammes.

Obs. XXXIX :

Version effectuée à 6 mois 1/2 ; la manœuvre est difficile en raison de la contraction utérine.

A 7 mois 1/2, accouchement prématuré. Garçon macéré, pesant 2.100 grammes.

Nous relevons un cas de Procidence du cordon.

Obs. L. P. :

Version à 7 mois 1/2. Tentative infructueuse.

8 jours après, tentative infructueuse.

8 mois. Tentative en déclive négative.

Quelques jours après, quatrième tentative négative, comme la cinquième.

Accouchement à terme. Siège complet avec Procidence du cordon.

Finalement, fille vivante pesant 3.420 grammes.

Mais les tentatives infructueuses ne peuvent être considérées comme cause de la procidence.

Nous avons 5 accouchements terminés par une application de froceps pour lenteur de la période d'expulsion et non progression de la tête, avec un cas malheureux terminé par l'extraction d'un enfant mort.

Multipares.

Nous en avons 72 cas.

La première tentative de version par manœuvres externes

réussit dans 66 cas,

échoue dans 6 cas.

Sur les 66 versions réussies :

48 se maintiennent en bonne position,

47 aboutissent à un accouchement en présentation du sommet.

Dans un cas où la femme présentait un bassin rétréci, l'épreuve du travail ne réussit pas ; l'on finit par l'opération césarienne (*Obs. LXXII - M.P.*).

18 récidivent.

Nous avons donc subi une deuxième tentative

de version 24 femmes :

18 récidives de version menées à bien la première fois.

6 versions non réussies.

La version est menée à bien dans 21 cas, et n'est pas réussie dans 3 cas.

Des 21 versions réussies à cette deuxième tentative

13 se maintiennent en bonne position et aboutissent à un accouchement par le sommet.

3 récidivent et accouchent en présentation du siège.

5 récidivent.

Nous aurons subissant une troisième tentative de version 8 femmes.

3 versions non réussies à la deuxième tentative.

5 récidives.

Sur ces 8 cas :

7 versions sont réussies.

1 ne l'est pas.

Des 7 versions réussies, 5 se maintiennent en bonne position et aboutissent à un accouchement en présentation du sommet.

2 aboutissent à l'opération césarienne.

Dans un premier cas (*Obs. LXXI - M.*), l'épreuve du travail dans un bassin légèrement rétréci aboutit à la non-progression d'une présentation de la face ; l'on fait une opération césarienne.

Dans un deuxième cas (*Obs. LXX*), la troisième tentative de version ne permet pas d'obtenir une attitude

franchement verticale du fœtus — le bassin est légèrement atrésique — étant donné les antécédents et la femme tenant beaucoup à un enfant vivant, l'on pratique l'opération césarienne.

Nous n'aurons, subissant une quatrième tentative, qu'une femme.

Cette version est réussie et la nouvelle présentation se maintenant définitivement, la femme accouchera en présentation du sommet.

Nous n'aurons donc comme échecs définitifs que 3 cas sur 72 :

C'est-à-dire 96 % de succès, 4 % d'échecs.

(Nous ne comptons pas comme échecs les 3 cas où l'on a conclu par l'opération césarienne.)

Mortalité fœtale.

Nous relevons 5 décès fœtaux.

Obs. II. — Première version à 7 mois qui récidive.

Deuxième version à 8 mois.

La femme vient consulter par la suite, présente des œdèmes, est hypertendue, ne consent pas à demeurer dans le service. La femme revient consulter 20 jours plus tard. Présente de l'albumine dans ses urines, est hypertendue et ne consent pas encore à demeurer à la Maternité.

Finalement, accouchement normal à terme d'un enfant macéré pesant 2.500 gr.

Obs. L. — Première tentative, version à 6 mois 1/2.

Deuxième tentative, positive à 7 mois.

Accouchement nat. à terme fait en ville d'un enfant mort-né.

Obs. XIV. — Première tentative de version à 6 mois et demi. 2 jours après, accouchement prématuré. Enfant mort pesant 1.400 gr.

Obs. XII. — Version réussie à 7 mois 1/2.
Accouchement à terme d'un enfant macéré.

Obs. V. — Version réussie à 6 mois.
Accouchement normal à terme.
Procidence du cordon ; enfant mort pesant 2.200 gr.

L'on ne pourrait considérer comme dus en une certaine mesure à la version que deux de ces décès (*Obs. XIV et V*).

Prématurés.

Un seul cas (*Obs. XIV*).
Version positive à 6 mois 1/2.
Deux jours après, accouchement prématuré d'un enfant mort pesant 1.400 gr.

Procidence du cordon.

Un cas (*Obs. V*).
Version réussie à 6 mois.
Accouchement normal à terme avec procidence du cordon. Enfant mort pesant 2.200 gr.

Forceps.

Une seule application pour non progression de la tête et modification des b. d. c.

TECHNIQUE DE LA VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

Nous ne pouvons faire mieux que de citer la description de cette technique donnée par le Professeur Marcel Metzger dans son précis « l'Accoucheur moderne » :

« Opération de surprise, la Version se fait comme un tour de passe-passe. Commencez par juger si le siège est mobile ; sinon soulevez-le à deux mains comme si vous vouliez palper au-dessus du D. S. Allez à la recherche de la tête qui est dans le fond, délogez-la si elle est dans une corne, repérez le dos et appuyez sur la tête dans le sens de la flexion ; que votre pression soit continue ; de votre autre main, appuyez sous le siège en le repoussant en sens inverse ; tout à coup le siège remonte, la tête fuit sous votre main, elle a franchi l'anneau de contraction ; au bout d'un instant, vous la percevez dans le segment inférieur. Si par le toucher vous l'atteignez, qui pointe, vous pouvez être presque sûr qu'elle a fait sa loge dans le S. I. et qu'elle y restera, quel que soit le terme de la grossesse.

Pas besoin de ceinture plutôt nuisible : la ceinture remplace la sangle abdominale, or ce n'est pas la paroi abdominale, mais la paroi du S. I. qui maintient la présentation en place.

Si la version est difficile, n'insistez pas, elle risque d'être dangereuse. Auscultez souvent au cours de vos manœuvres ; arrêtez si les bruits du cœur se modifient ; bien plus, s'ils restent lents et irréguliers après succès de la version, remettez le fœtus dans sa posi-

tion primitive.

Dans quelques cas, la version reste inachevée ; le fœtus est en travers, laissez-le dans cette attitude : les contractions utérines (dans un utérus à grand axe vertical) ont tendance à verticaliser le fœtus et il y aura des chances pour que ce soit la tête qui descende.

La V. M. E. est indiquée plus encore si le fœtus est en travers. Si elle est impossible pendant la grossesse, attendez-vous à terme à faire une opération césarienne plutôt qu'une version interne. Si elle est facile, mais ne se maintient pas, surveillez la femme pour faire la version dès le début du travail ; à ce moment, le fœtus restera vertical. »

DANGERS DE LA VERSION

PAR MANŒUVRES EXTERNES

Des dangers de la V. M. E., la plupart sont plus théoriques que pratiques.

La brièveté du cordon peut-elle entraîner un décollement du placenta ou un resserrement d'un circulaire autour du cou du fœtus ?

Si l'on pouvait prévoir cette brièveté vraiment exceptionnelle, il faudrait s'abstenir, car il pourrait y avoir danger et pour l'enfant et pour la mère ; mais n'est-il pas possible de la soupçonner lorsqu'on éprouve une réelle difficulté, une impossibilité à mobiliser la tête après avoir pu faire remonter le siège ? Il est d'une élémentaire prudence de ne pas insister, dès que l'on éprouve une certaine résistance.

Les quelques observations rapportant ou une hémorragie par décollement du placenta, ou un resserrement de circulaires autour du cou du fœtus et ayant entraîné la mort de ce fœtus avouent ce manque de sagesse. La seule observation rappelant une hémorragie par décollement du placenta au cours d'une tentative de version est de Lefour (Arch. de Biologie, 1888) ; cette hémorragie d'ailleurs ne s'est produite qu'à la quatrième tentative de version faite sous chloroforme, et chez une femme ayant eu deux accouchements suivis d'hémorragie abondante.

De 3 observations relatant le resserrement d'un circulaire autour du cou fœtal, nous ne citerons que celle de Lefour (Arch. de Biologie, 1888, p. 532).

Pr. Siège complet. Version difficile incomplète, bandage circulaire serré, « mais lorsque j'eus abaissé la tête dans le flanc droit je rencontrais une réelle difficulté pour la faire descendre plus bas. Ce n'est qu'en exerçant une forte pression que je pus l'amener dans la fosse iliaque ». Cet aveu témoigne vraiment de manque de prudence.

Les deux autres observations sont de Budin (Arch. de Biologie, 1889, T. XVI), et de Grynfeldt (Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales, Montpellier 1882). Quant à la rupture de la poche des eaux, elle ne pourrait se produire que si la Version était tentée trop près du terme, ou même au début du travail. Une seule observation signalée par Tarnier fait ressortir ce danger, bien minime d'ailleurs, car l'on pouvait réussir malgré cela la Version.

La Procidence d'un membre ou du cordon peut-elle se produire ? Nous relevons deux fois cette éventualité dans notre statistique.

Obs. L (P). — Cinquième tentative de version dont une en déclive — toutes infructueuses — l'on arrive à déloger la tête de la corne droite, mais jamais à faire évoluer le fœtus. Accouchement siège complet avec procidence du cordon. Fille vivante pesant 3.420 gr.

Puisque les tentatives ont toutes été infructueuses, elles ne peuvent être cause de la procidence.

Obs. V (M). — Version réussie à 6 mois.

Accouchement naturel à terme en présentation du sommet avec procidence du cordon. Enfant mort pesant 2.220 gr.

Les manœuvres de version peuvent-elles déclencher un accouchement prématuré ?

Nous relevons dans notre statistique 3 cas d'accouchements prématurés :

Obs. XIV (M). — Version réussie à 6 mois 1/2.

Version très facile. La femme présente des pertes par endométrite.

8 jours après, accouchement prématuré, garçon mort pesant 1.400 gr.

Obs. XXIV (P). — Version effectuée à 7 mois — avec facilité — après la version, les bruits du cœur se ralentissent mais reprennent quelques mi-

nutes après leur rythme normal.

3 jours après, accouchement prématuré. Garçon vivant pesant 2.450 gr.

Obs. XXXIX. — Version effectuée à 6 mois 1/2. Les manœuvres sont difficiles en raison de la contraction de l'utérus.

A 7 mois 1/2, accouchement prématuré. Garçon macéré pesant 2.100 gr.

Pour réduire au minimum les dangers que pourraient faire courir au fœtus les manœuvres de version, il faut observer scrupuleusement certains principes :

a) Ausculter longuement avant la version :

Si les b. d. c. sont irréguliers,

Si l'on perçoit un souffle funiculaire,

il faut s'abstenir.

b) Ausculter pendant la version si elle est difficile, et, ne pas continuer les manœuvres, si l'on perçoit une irrégularité dans le rythme fœtal.

c) Ausculter longuement après la version.

Si les b. d. c. sont modifiés il faut remettre le fœtus en sa position primitive.

d) Conduire les manœuvres avec douceur et méthode.

e) Ne jamais anesthésier la femme pour faire quand même la version si l'on éprouve des difficultés.

Nous citerons cette phrase du Professeur Metzger :
« Vous voulez faire la version dans la crainte d'avoir

au moment de l'accouchement un enfant mort venant par le siège ; ne risquez pas de le tuer pendant la grossesse ! »

DIFFICULTÉS DE LA VERSION

L'on réussira la version plus ou moins facilement, cela dépend d'un certain nombre de facteurs : l'engagement du siège, le volume du fœtus, la quantité de liquide amniotique, le degré de tension ou de rétraction de l'utérus, la contraction possible de la paroi abdominale.

La difficulté que l'on considère capitale est due à l'engagement du siège. (Le siège sera d'ailleurs plus tôt et plus souvent engagé s'il s'agit d'un siège décomplété ; apanage des utérus trop étroits ; utérus atrésiques ou cylindriques avec mauvais tissus.)

L'on a proposé une foule de méthodes pour tourner cette difficulté.

Mattei conseille de soulever le siège avec un ou deux coussins épais.

D'autres préconisent la position génu-pectorale, certains auteurs anglais le décubitus latéral.

Pinard conseillait d'introduire deux doigts dans le vagin et de soulever le siège à travers le S. I.

Puis l'anesthésie fut à son tour proposée : relâchant les muscles, elle permettait, en s'aidant de la manœuvre précédente de mobiliser plus facilement le siège et une plus facile évolution du fœtus.

L'anesthésie a été abandonnée par la plupart des accoucheurs — et avec raison — en effet, privant

l'opérateur de tout contrôle, elle peut faire de la version une manœuvre de force — ce qu'elle ne doit pas être.

Fruhinholtz, puis Levy-Solal et son élève Decugnière proposèrent de recourir à la position de Trendelenburg pour dégager le siège — que ce procédé puisse aider à la manœuvre en faisant descendre le S. I. et son contenu, cela théoriquement est juste, mais que cette position puisse permettre de plus une facile évolution du fœtus, cela ne nous semble pas réel.

Nous allons citer 3 observations de femmes ayant subi une tentative de version en position déclive.

Obs. XXXVIII (P). — 7 mois 1/2. Tentative de version, la contraction utérine la rendant impossible.

8 mois. Siège engagé, l'on ne réussit pas la version en position horizontale — on met la femme en déclive — le siège est dégagé, l'on peut faire évoluer le fœtus.

Accouchement N.T. O.I.G.A.O.P. Enfant pesant 4.000 gr. Dystocie des épaules ; enfant cyanosé que l'on ne peut ranimer.

Obs. L (P). — Après trois essais de version en position horizontale et infructueuse, l'on tente la version en déclive qui ne réussit pas ; un cinquième essai en position horizontale est négatif.

Accouchement en position du siège complet.
Enfant pesant 3.420 gr.

Obs. LXIX (M). — 8 mois 1/2. Siège engagé ; la version n'est pas réussie en position horizontale.

En position déclive l'on a beaucoup de difficulté à dégager le siège ; finalement la version est réussie.

Accouchement N.T. O.I.G.A. O.P. Enfant vivant pesant 4.230 gr.

Donc deux réussites pour un échec.

La meilleure façon d'éliminer ce facteur de difficulté est de tenter la version le plus tôt possible avant que le siège ne soit engagé.

Que l'oligo Amnios puisse être un facteur de difficulté, cela est certain, mais l'oligo Amnios est vraiment rare. Une tumeur : un kyste, un fibrome peuvent aussi être cause de difficultés. Decugnière, dans sa thèse, rapporte trois cas de version tentés chez des femmes présentant un fibrome. Ribemont-Dessaigne et Lepage donnent l'inclinaison de l'utérus ramené en avant de la symphyse pubienne comme facteur de difficulté.

La gémellité, évidemment, peut être une très grosse difficulté lorsque le diagnostic n'en est pas posé, mais une difficulté relevant d'une erreur de diagnostic ne peut être comptée.

Au cours de nos tentatives de version, il nous a semblé que les difficultés peuvent cependant résulter :

De l'endatronnement de la tête dans une corne utérine — cet enchatonnement est très marqué dans les utérus bicornes — il est d'ailleurs souvent assez délicat d'arriver à déloger la tête. Cette difficulté sera

presque impossible à surmonter si la femme est trop près du terme.

Il arrive parfois qu'au cours de l'examen, ou qu'au cours des manœuvres de version, l'utérus, et même la paroi abdominale se contractent, et cela bien plus souvent chez les primipares. Cette éventualité se produit-elle ? la femme est priée de revenir quelques jours plus tard et l'on s'efforce d'opérer avec encore plus de douceur, pour aboutir dans la majorité des cas à un succès.

Donc, que des difficultés surgissent au cours des manœuvres de version, cela est incontestable ! Tenter la version le plus tôt possible est le plus sûr moyen de les amenuiser.

Le maintien de la nouvelle présentation est dû à la coaptation du segment inférieur sur la tête. Le segment inférieur coiffe la tête.

Si après avoir fait la version, l'on constate au toucher que le S. I. gante la tête, l'on peut être certain du succès définitif de la version.

Si par contre le S. I. n'est pas formé, est trop étroit pour happer la tête, il est probable que la présentation du siège récidivera, mais cela n'est pas une certitude.

Il ne faut d'ailleurs pas craindre de laisser un fœtus en position intermédiaire. D'après la loi de Pageot, le fœtus a tendance à se verticaliser, et très souvent à se verticaliser la tête en bas.

Donc ne pas tenter la version tôt par crainte de ne pas trouver un S. I. formé ne nous paraît pas soute-

nable, car très souvent la nouvelle présentation demeure en bonne place.

Une récédive se produit-elle ?

N'est-il pas très facile que de recommencer la manœuvre, une ou deux semaines plus tard.

Et de la recommencer une troisième fois si celà est nécessaire.

Les résultats dont nous faisons état sont là pour prouver la justesse de nos vues.

CONTRE-INDICATIONS

La V. M. E. considérée comme traitement prophylactique des présentations du siège a vraiment peu de contre-indications.

Nous éliminerons d'emblée certains cas où la question est évidente :

Tels : la gémellité,
la mort du fœtus,
les monstruosités fœtales (si leur diagnostic est possible pendant la grossesse).

Il sera prudent de ne pas la tenter si la femme présente de l'endométrite.

Il ne faudra absolument pas la tenter si avant de commencer les manœuvres, l'on perçoit des b. d. c. irréguliers, ou un souffle funiculaire.

Il faudra s'arrêter s'il faut employer la force pour la réaliser.

Il faudra remettre le fœtus en position primitive si les b. d. c. demeurent modifiés après la tentative.

Le rétrécissement du bassin est-il une contre-indication ? En cas de bassin très rétréci, aucune hésitation n'est possible, l'opération césarienne s'impose. Mais en cas de bassin limité, le problème reprend son intérêt.

Il est de notion classique que l'accouchement par le siège est plus favorable en cas de bassin rétréci et surtout de bassin plat. Il serait donc logique, suivant cette notion, de respecter la présentation du siège en cas de bassin plat et même de transformer les présentations du sommet en présentation du siège. Mais les inconvénients des accouchements en présentation du siège, l'incertitude de savoir si la tête dernière pourra franchir sans traumatisme le détroit supérieur ne dictent-ils pas une ligne de conduite différente ?

Faire la version — de façon à pouvoir tenter l'épreuve du travail. — Si la tête descend facilement, l'accouchement sera certainement eutocique.

La tête ne s'engage pas ; l'on est à temps de pratiquer l'opération césarienne et d'avoir un enfant sauf.

Nous avons, selon cette idée, pratiqué dans trois cas la version par manœuvres externes.

Obs. LXX (M). — Il s'agissait d'une femme ayant eu un accouchement très difficile, l'enfant décédé à l'âge de un an, puis un second accouchement prématuré de 7 mois 1/2 — enfant mort — et qui, enceinte une troisième fois, tenait beaucoup à avoir un enfant vivant.

L'on pense faire subir à la femme l'épreuve du

travail d'autant que le bassin sans être franchement rétréci n'est qu'atrésique, et l'on tente la version qui réussit au cours d'une deuxième manœuvre. Cependant, l'on hésite à faire courir à la femme un risque quelconque et l'on pratique d'emblée l'opération césarienne.

Obs. LXXI (M). La femme présente un bassin plat rachitique qui lui a permis d'accoucher deux fois naturellement d'enfants actuellement vivants.

Trois tentatives de version sont nécessaires pour amener définitivement la tête au D. S. L'on tente l'épreuve du travail, mais la présentation de la face ne progressant pas, l'on conclut par l'opération césarienne.

Obs. LXXI (M). Il s'agit d'une femme présentant un bassin plat vaste dans l'ensemble et ayant accouché une fois spontanément d'un enfant de 2.700 gr.

Une version est effectuée avec succès — l'épreuve du travail sera tentée — mais la progression de la tête n'avançant pas, l'on pratique l'opération césarienne.

Temps opportun.

La grande majorité des accoucheurs est actuellement d'accord sur la valeur de la version comme traitement prophylactique des présentations du siège.

Les divergences deviennent notables au sujet de l'époque de la grossesse à laquelle l'on aura le maximum de chances de succès.

Le but de notre travail est d'essayer de démontrer tout l'intérêt qu'il y a à tenter les versions le plus tôt possible, c'est-à-dire des six mois de grossesse. Pour cela, il faut que les femmes viennent systématiquement consulter au moins vers le sixième mois.

L'on est à temps d'effectuer la manœuvre avec le maximum de facilité, car l'on aura au moins évité le gros écueil de la version : l'engagement du siège.

Si le segment inférieur n'est pas encore formé, la présentation du siège pourra récidiver, mais l'on a largement le temps de recommencer la manœuvre une deuxième fois, une troisième si cela est nécessaire.

Séparant Primipares et Multipares, nous avons dressé deux tableaux, résumant l'époque à laquelle nos versions ont été réussies.

Le succès de la version avant 7 mois $1/2$ de la grossesse est des plus frappant.

Pour les Primipares, 33 versions sur 45 réussies le sont avant 7 mois $1/2$.

Pour les Multipares, 48 versions sur 69 sont réussies avant ce même terme.

Nous sommes persuadés de ce que nous aurions pu réussir la très grande majorité de nos cas au même terme si toutes les femmes étaient venues consulter suffisamment tôt.

Primipares

SUCCÈS :	36	4	5	45
5 1/2 à 6	6			6
6 à 6 1/2	5			5
6 1/2 à 7	11	1		12
7 à 7 1/2	6	2	2	10
7 1/2 à 8	4		2	6
8 à 8 1/2	4	1		5
8 1/2 au terme			1	1
Terme	1 ^{re} Tentative	2 ^e Tentative	3 ^e Tentative	Total

Multipares

SUCCÈS :	48	13	7	1	69
5 1/2 à 6	10				10
6 à 6 1/2	6				6
6 1/2 à 7	12	3	1		15
7 à 7 1/2	11	5	1		17
7 1/2 à 8	5	2	2	1	10
8 à 8 1/2	4	2	3		9
8 1/2 au terme		1			1
Terme	1 ^{re} Tentative	2 ^e Tentative	3 ^e Tentative	4 ^e Tentative	Total

OBSERVATIONS

PRIMIPARES

A) *Primipares n'ayant subi qu'une seule tentative positive de version*

Obs. I. — Pénel... M., 21 ans.

A.P. R. à 12 ans. R. régul. indolores.

A.O. D.R. 3-7 mars 34.

27 août 34, 5 mois 1/2.

Version très facile, le segment inférieur n'est pas formé.

Cependant, aux consultations ultérieures la tête se maintient en bas.

27 nov. 34, A.N.T., O.I.G.A.O.P., G.V. 3750.

D.N.C. 620 gr.

Obs. II. — Oliv... Y., 21 ans.

A.P. R. à 13 ans, depuis R. régul. douloureuses.

A.O. D.R. 17-20 mars 33.

30 août 33, 5 mois 1/2.

La tête est en haut, la version est très facile ; la nouvelle présentation se maintiendra en place aux consultations suivantes.

21 janvier 34. Accouchement N.T., O.I.G.A.O.P., F.V. 3480.

D.N.C. 560 gr.

Obs. III. — Miro... S., 29 ans.

A.P. R. à 14 ans. R. 8 jours sur 35 douloureuses.

A.O. D.R. 20-28 octobre 33.

20 avril 34, 5 mois 1/2.

La tête est en haut, la version est tentée et réussie.

21 septembre 34.

Accouchement ayant nécessité l'injection de 2 cc. de morphine pour œdème du col.

O.I.D.P., O.P., F.V. 3600 gr.

D.N.C. p. 530 gr.

Obs. IV. — Thir... M., 24 ans.

A.P. R. à 15 ans. R. 8 jours sur 30 douloureuses avec pertes abondantes.

A.O. D.R. 25-31 décembre 33.

15 juin 34, 5 mois 1/2.

La tête est en haut, la version est réalisée avec succès.

12 octobre 34. A.N.T., O.I.D.P., O.P., F.V. 2.920.

D.N. 400 gr. Membranes déchirées.

Obs. V. — Mor..., 28 ans.

A.P. R. 13 ans. R. irrégul., douloureuses.

A.O. D.R. 10-15 décembre 33.

1^{er} juin 34, 6 mois.

La tête est en haut très mobile, la version est très aisée.

17 septembre 34. A.N.T., O.I.G.A.O.P., G.V. 3.050.

D.N.C. 520 gr. Episiotomie.

Obs. VI. — Lauv... J., 28 ans.

A.P. R. à 16 ans. R. 10 jours sur 30 avec caillots.

En 1932. Avortement de 4 mois sans curetage.

Gr. actuelle. D.R. 1-16 juillet.

8 janvier 34, 6 mois.

La tête est en haut, la version est tentée et réussie, le promontoire est accessible.

8 avril 34. Accouchement N.T., G.V. p. 2.870 gr.

D.N.C. 450 gr.

Obs. VII. — Folsch..., 22 ans.

A.P. R. 16 ans. R. régul. 4 jours sur 30.

A.O. D.R. 24-28 mai 33.

1^{er} décembre 33, 6 mois.

La tête est en haut, la version réussie.

6 mars 34. A.N.T., O.I.G.A.O.P., G.V. 2.950 gr.

D.N.C. 420 gr.

Obs. VIII. — Huo... J., 25 ans.

A.P. R. 14 ans. R. régul. indol.

A.O. D.R. 23-28 avril 33.

8 novembre 33, 6 mois.

La tête est en haut, la version est réalisée avec succès.

7 février 34. Accouchement N.T., O.I.D.P.O.P.,

F.V. D.N.C. 450 gr.

Obs. IX. — Bor... J., 26 ans.

A.P. R. à 14 ans, régul. dans le temps, irrégul. en quantité. Pertes abondantes.

A.O. En 1931. Avortement de 3 mois, non curetté.

Grossesse actuelle. D.R. 25-28 septembre 33.

6 avril 34, 6 mois.

Version positive.

12 juillet 34. A.N.T., O.I.C.A.O.P., F.V. 3.250 gr.

D.N.C. 500 gr.

Obs. X. — Ker... L., 24 ans.

A.P. R. 15 ans. R. irrégul. doul.

A.O. D.R. 20-24 avril 34.

20 novembre 34, 6 mois 1/2.

La tête est en haut, la version est menée à bien.

Atrasie parties molles.

15 février 35. A.W. pas terme; O.I.D.P.O.P.

Fille viv. p. 2.200 gr.

D.N.C. p. 330 gr.

Obs. XI. — Prov..., 24 ans.

A.P. R. 12 ans. R. 5 jours sur 28.

A.O. D.R. 21-25 mai 33.

18 décembre 33, 6 mois 1/2.

La tête est en haut très mobile, la version est tentée et réussie.

21 février 34. A.N.T., G. viv. p. 3.720 gr.

D.N. 570 gr. Membr. déchirées.

Obs. XII. — Spa... M., 29 ans.

A.P. R. à 11 ans, bien régulières jusqu'à 18 ans, depuis, R. douloureuses irrégulières.

A.O. D.R. 18-23 février 34.

14 septembre 34, 6 mois 1/2.

Version facile et réussie.

11 novembre 34. A.N.T., O.I.C.A.O.P., F.V. 3.050.

D.N.C. 500 gr.

Obs. XIII. — Davou... G., 27 ans.

A.P. R. à 13 ans. R. régul. 5 jours avance.

A.O. D.R. 17-23 mars 33.

4 octobre 33, 6 mois 1/2.

La tête est en haut, la version facile.

25 décembre 33. Accouchement N.T., O.I.C.A.O.P.

G.V. 3.050 gr.

D.N.C. 450 gr.

Obs. XIV. — Bisk... H., 25 ans.

A.P. R. 15 ans. R. irrégul. doul.

D.R. 12-15 mai 33.

23 décembre 33, 7 mois.

Version facilement réussie.

25 février 33. A.N.T., F.V. 3.330 gr.

D.N.C. 510 gr.

Obs. XV. — Prou... S., 22 ans.

A.P. R. 13 ans, Retards, régulières.

A.O. D.R. 17-25 mai 33.

22 décembre 33, 7 mois.

La version est tentée et réussie.

3 mars 34. A.N.T., O.I.C.A.O.P., F.V. 3.460 gr.

D.N.C. 350 gr.

Obs. XVI. — Hach... Suz., 28 ans.

A.P. R. 11 ans. R. régul. 3 jours sur 30.

A.O. D.R. 6-8 février 34.

7 septembre 34, 7 mois.

La version est facilement réussie.

8 décembre 34. A.N.T., O.I.G.A.O.P., G.V. 3.170.

D.N.C. 490 gr.

Obs. XVII. — Dur... P., 24 ans.

A.P. R. 13 ans. R. régul. 5 jours sur 30.

Métrite depuis 1932.

A.O. D.R. 17-23 septembre 33.

20 avril 34, 7 mois.

La tête est en haut, la version réalisée avec succès.

Pertes jaunâtres abondantes.

14 juillet 34. A.N.T., O.I.G.A., O.P., F.V. 3.210 gr.

D.N.C. 520 gr. Membranes dissociées, éraillure périnéale.

Obs. XVIII. — Dum... L., 18 ans.

A.P. R. à 13 ans, R. régul. doult. 5 jours.

A.O. En 1933. Avortement de 2 mois 1/2. Curetté.

Gr. actuelle. D.R. 17-22 mai 33.

17 décembre 33, 7 mois.

La tête est en haut, la version tentée et réussie.

16 février 34. A.N.T., O.I.G.A., O.P., F.V. 3.400 gr.

D.N. 530 gr. Membr. déchirées.

R.U. ramenant un petit cotylédon aberrant.

Obs. XIX. — Cher... I., 22 ans.

A.P. R. à 17 ans. R. irrégul. indol.

A.O. D.R. 30 nov.- 4 déc. 33.

4 juillet 34, 7 mois.

La tête est enchâtonnée dans la corne droite ;
l'on réussit à la dégager et à la faire descendre
au D.S.

7 septembre 34. Application de forceps pour lenteurs période expulsion et modification des
b.d.c. G. p. 2.300 gr. Désobstrué et ranimé
après 5 minutes d'insufflation.

Obs. XX. — Breni... M.-L., 22 ans.

A.P. R. à 13 ans. R. régul. 5 jours sur 30 indol.

A.O. D.R. 19-23 décembre 33.

18 juillet 34, 7 mois.

La tête est en haut, la version est réalisée avec succès.

24 septembre 34. Accouchement N.T., O.I.G.A.,
O.P., G. viv. p. 2.760 gr.

D.N.C. 400 gr.

Obs. XXI. — Balaq... M., 19 ans.

A.P. R. à 13 ans. R. toujours en avance durant 5 à 10 jours très abond., doul.

A.O. Avortement de 3 mois en avril 33, pas de curetage.

Gr. act. D.R. 20-24 août 33.

20 mars 34, 7 mois.

La version paraît facile et devoir se maintenir.

21 mai 34. Application de forceps pour lenteur période expulsion et modifie. b.d.c. G. vivant
p. 3.290 gr.

D.N.C. 580 gr.

Obs. XXI. — Rich... M., 17 ans.

A.P. R. à 13 ans 1/2. R. régul. 8 jours sur 28, avec caillots doul.

A.O. D.R. 29 avril-3 mai 34.

26 octobre 34, 6 mois 1/2.

Les b.d.c. ne sont pas perçus malgré que la femme sente remuer. La version n'est pas tentée.

9 novembre 34, 7 mois.

La tête est en haut, les b.d.c. sont normaux ; la version est tentée et réussie.

13 janvier 34. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P.,
F.V. p. 3.230 gr.

D.N.C. 520 gr.

Rupture artif. poche des eaux.

Obs. XXIII. — Bout... G., 22 ans.

A.P. R. à 15 ans.

A.O. D.R. 26-29 avril 34.

12 décembre 34, 7 mois 1/2.

La tête est enchâtonnée dans la corne droite, le
S. I. n'est pas formé.

La version est menée à bien.

28 février 35. A.N.T., O.I.G.A., O.P., G.V. pesant
4.260 gr.

D.N.C. 500 gr. Episiotomie.

Obs. XXIV. — Char... M., 23 ans.

A.P. R. à 13 ans. R. 3 jours sur 28, indol.

D.R. 7-10 octobre 33.

1^{er} mai 34, 7 mois.

La tête est en haut, la version est réalisée, les
b.d.c. se ralentissent, mais reprennent leur
rythme normal 5 minutes après.

4 mai 34. Accouchement prématuré, g. v. pesant
2.450 gr.

Ayant nécessité l'injection de 2 ctg. de morphine
en raison de contractions subintrantes, sans
progression de la dilatation.

Délivrance artificielle. S. d. c. nor.

Obs. XXV. — Clai... M.-L., 19 ans.

A.P. R. à 14 ans. R. régul. 4 jours sur 30 peu abond.

A.O. D.R. 12-15 février 33.

8 octobre 34, 7 mois 1/2.

La version est tentée et réussie.

29 octobre 34. Application de forceps pour len-
teur période exulsion et modification des b.d.c.
en O.P.

G. vivant p. 2.550 gr.

D.N.C. p. 350 gr. Episiotomie.

Obs. XXVI. — Dut... L., 20 ans.

A.P. R. à 14 ans. R. irrégul. 6 jours doul.

A.O. D.R. 10-14 octobre 33.

4 juin 34, 7 mois 1/2.

La tête est en haut dans la corne droite.

La version est tentée et réussie.

Traces d'albumine. Régime.

27 juillet. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P.,

G. v. 3.100 gr.

D.N.C. p. 600 gr. Episiotomie.

Obs. XXVII. — Lip..., 23 ans.

A.P. R. à 17 ans, 5 jours sur 30, régul.

A.O. D.R. 27-30 mars 33.

25 octobre 33, 7 mois.

Utérus cylindrique, version difficile.

3 janvier 34. Œdèmes, albumine, la tête est en bas engagée. La femme entre dans le Service.

5 janvier 34. Accouchement N., O.I.D.P., O.P.,

G. vivant p. 3.350 gr.

D.N.C. 500 gr.

Obs. XXVIII. — Nan... L., 23 ans.

A.P. R. 12 ans, 3 jours sur 30, régul. doul.

A.O. En 1932, avortement de 2 mois 1/2 suivi de curetage.

Gr. actuelle. D.R. 27-30 septembre 32.

10 mai 33, 7 mois 1/2.

La tête est en haut, la version est tentée et réussie.

19 juillet 33. Accouchement N.T., F. viv. pesant 3.620 gr.

D.N.C. p. 850 gr.

Obs. XXX. — Rob... M., 25 ans.

A.P. R. 13 ans, R. régul. 7 jours sur 28.

A.O. D.R. 15-23 février 33.

4 octobre 33, 8 mois.

La tête est en haut, le siège est engagé ; l'on arrive difficilement à le désengager et à faire la version.

27 novembre 33. Application de forceps sur O.I. C.A. pour non progression tête et modification des b.d.c.

Enfant mort-né p. 3.400 gr. Désobstruction et insufflation sans résultat.

Episiotomie.

Obs. XXXI. — No... M., 28 ans.

A.P. R. à 14 ans. R. régul. 4 jours sur 30.

A.O. En 1932, avortement de 2 mois, curetté.

Gr. actuelle. D.R. 14-18 novembre.

21 juillet 33, 8 mois.

La tête est en haut, la version est réussie, mais l'on éprouve de grosses difficultés à faire évoluer le fœtus.

4 septembre 33. Application de forceps pour lenteur période expulsive.

G. v. p. 3.720 gr. D.N.C. p. 620 gr.

Obs. XXXII. — Rec... M., 25 ans.

A.P. R. 16 ans. R. irrégul. doul.

A.O. D.R. 13-18 janvier.

5 octobre 34, 8 mois.

La tête est en haut, la version est réalisée avec succès.

10 novembre 34. Application de forceps pour non progression de la tête. G. v. 2.850 gr.

D.N.C. 480 gr. Episiotomie.

Obs. XXXIII. — Kop... G., 23 ans.

A.P. R. à 15 ans.

A.O. D.R. 11 au 15 avril 34.

26 décembre 34, 8 mois.

La tête est en haut mobile, la version est relativement facile, cependant le segment inférieur s'accuse mal.

20 janvier 35. Accouchement O.I.G.A., O.P., après un travail lent, d'un enfant cyanosé désobstrué p. 3.650 gr.

D.N.C. placenta bilobé p. 610 gr.

Obs. XXXIV. — Fit... C., 19 ans.

A.P. Réglée à 13 ans. 3 jours sur 28.

Pertes blanches depuis l'âge de 10 ans.

A.O. D.R. 3-6 septembre 33.

Vers 4 mois 1/2 pyélonéphrite soignée en ville.
4 mai 34, 8 mois.

La version est tentée, mais le siège engagé est difficile à faire remonter.

17 juin 34. Accouchement N. à terme, O.I.G.A.,
O.P., F. v. p. 3.050 gr.

D.N.C. 590 gr.

Obs. XXXV. — Delac... G., 21 ans.

A.P. R. à 13 ans, R. régul. abond. doul.

A.O. D.R., 27-30 août.

16 mai 34, 8 mois 1/2.

Tête dans la corne droite, que l'on réussit à faire descendre au D. S.

8 juin 34. A. N.T., O.I.D.P., G. v. 2.930 gr.

D.N.C. 450 gr. Eraillure périnéale.

Obs. XXXVI. — Saget... M., 27 ans.

A.P. R. à 14 ans. R. régul. abond., 6 jours sur 30.

A.O. D.R. 17-23 septembre 33.

23 mai 34, 8 mois.

Siège engagé que l'on réussit cependant à faire remonter ; la version est menée à bien.

3 juillet 34. Accouchement au cours duquel 4 ctgs de morphine sont injectés pour œdème du col.

Accouchement nat. T., F. viv. p. 3.150 gr.

D.N.C. 500 gr. Liquide am. teinté.

VERSIONS RÉUSSIES A UNE DEUXIÈME TENTATIVE.

Obs. XXXVII. — Crol... L., 27 ans.

A.P. R. 15 ans. R. régul.

A.O. D.R. 25-28 avril 34.

14 novembre 34, 6 mois 1/2.

La tête est en haut, la version est tentée, mais le segment inf. n'est pas formé.

28 novembre 34, 7 mois.

La tête est en haut ; l'on tente avec succès la version.

25 février 35. Forceps sur sommet o.p. pour lenteur période expulsion.

G. vivant p. 3.100 gr. D.N.C. 600 gr.

Obs. XXXVIII. — Tardi... B., 28 ans.

A.P. R. à 13 ans. Règles 5 jours sur 30.

A.O. En 1930, avortement de 3 mois, curetté.

Gr. actuelle. D.R. 14-18 janvier 33.

27 août 33, 7 mois 1/2.

L'on tente la version, mais sans succès, la contraction utérine la rendant impossible.

25 septembre 33, 8 mois.

Le siège est engagé, l'on ne réussit pas la version en position horizontale ; on la tente en position en Tredelenburg, et on la réussit.

23 octobre 33. A.N.T., O.I.G.A., O.P., G. v. 4.000. D.N.C. 570 gr.

Dégagement épaules difficile, circulaire lâché autour du cou, enfant en état de mort apparente, cyanosé, le cœur bat.

Changement rapide de coloration ; pas de battement cardiaque, la désobstruction ne ramène pas de mucosités, insufflation sans succès. P.L. liquide hémorragique.

Obs. XXXIX. — Dup... R., 22 ans.

A.P. R. à 13 ans. R. régul. 3 jours sur 30.

A.O. D.R. 20-26 janvier 34.

22 août 34, 6 mois.

L'utérus contracté par l'examen ne permet pas la version.

7 septembre 34, 6 mois 1/2.

L'utérus se contractant très vite rend difficile les manœuvres de version qui cependant réussissent.

10 octobre 34, 7 mois 1/2.

Accouchement prématuré O.I.G.A.O.D., g. macéré p. 2.100 gr. D.N.C. 420 gr.

Obs. XXXX. — Chap... H., 31 ans.

A.P. R. à 16 ans. R. régul. 3 jours.

A.O. D.R. 1-4 juin 33.

30 décembre 33, 6 mois 1/2.

Tentative infructueuse de version, et cela en raison contraction utérine.

17 janvier 34, 7 mois.

La version est cette fois possible.

Promontoire accessible, petits fibromes paroi antérieure utérus.

3 mars 34. A.N.T., O.I.D.P., O.P., G. v. 3.200 gr.
D.N.C. 600 gr. Episiotomie.

VERSIONS RÉUSSIES A UNE TROISIÈME TENTATIVE.

Obs. XXXXI. — Jul... R., 22 ans.

A.P. R. à 13 ans. R. irrégul. 5 jours non doul.

A.O. D.R. 3-10 mars 33.

13 septembre 33, 6 mois.

La version est tentée et facilement réussie.

Le S. I. n'est pas formé.

20 septembre 33. La tête est revenue en haut ;
l'on retente la version avec succès.

4 octobre 33, 6 mois 1/2.

La tête est de nouveau en haut ; nouvelle tentative de version positive.

10 décembre 33. Accouchement terme O.I.G.A., O.P., circulaire du cou qu'on abaisse sur l'épaule antérieure ; l'enfant naît en état de mort apparente, forme bleue ; le cœur bat lentement ; pas de respiration, désobstruction ramenant un liquide rosé, insufflation, les b.d.c. se ralentissent. Huile camphrée, adrénal intracardiaque ; l'enfant n'est pas ranimé.

Obs. XXXXII. — Rio..., 22 ans.

A.P. R. à 11 ans. R. irrégul. doul.

A.O. D.R. 19-25 mai 33.

29 novembre 33, 6 mois.

La tête est en haut, mais la contraction de l'utérus ne permet pas la version.

2 décembre. La version n'est pas possible pour la même raison.

30 décembre 33, 7 mois.

La version est positive.

16 février 34. A.N.T., O.I.D.P., O.P., g. viv. pesant 2.600 gr. D.N.C. 480 gr.

Obs. XXXXIII. — Pas... L., 18 ans.

A.P. R. à 12 ans. R. 5 jours sur 30.

A.O. D.R. 18-24 novembre 33.

16 mai 34, 6 mois.

La tête est en haut, la version est tentée mais n'est pas réussie, et cela en raison contraction de l'utérus.

23 mai 34. La tête est en haut ; l'on tente avec succès la version.

11 juillet 34, 7 mois 1/2.

La tête est revenue en haut, la version est menée à bien.

13 septembre 34. A.N.T., O.I.D.P., O.P., E.V. 3.600 gr. D.N.C. 490 gr.

Obs. XXXXIV. — Pit... H., 26 ans.

A.P. R. à 13 ans, R. régul. 4 jours sur 30.

A.O. D.R. 20-24 mai 33.

5 janvier 34, 7 mois 1/2.

La tête est en haut ; l'on tente la version, mais le segment inférieur n'est pas formé.

29 janvier 34. La tête est en haut, la version est réalisée.

31 janvier 34. La tête est revenue en haut ; l'on

tente une nouvelle version avec succès, les b.d.c. se modifient, mais rapidement redeviennent bons.

3 février 34. Accouchement nat. nécessitant l'injection de 2 cgr. de morphine pour douleurs subintrantes.

Accouchement O.I.D.P., O.P., F. pesant 2.970 gr.

Désobstruée et ranimée après une demi-heure d'insufflation (liquide amniotique vert foncé).

D.N. p. 500 gr. Membranes déchirées.

Obs. XXXXV. — Lef... M., 30 ans.

A.P. R. à 16 ans, depuis R. abondantes 6 jours.

A.O. D.R. 5-11 novembre 33.

16 mai 34, 6 mois.

La version est tentée, mais la contracture de la paroi abdominale ne permet pas la version.

30 mai 34. Nouvelle tentative infructueuse.

3 juin 34. La version est cette fois-ci réussie.

21 août 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P., G. v. 4.180 gr.

D.N.C. 540 gr. Déchirure périnée.

Echecs définitifs.

Obs. XXXXVI. — More... M., 23 ans.

A.P. R. à 14 ans. R. régul. 5 jours sur 28.

A.O. D.R. 28 juin-2 août 33.

26 janvier 34, 5 mois 1/2. Fœtus mobile.

Tentative de version réussie.

2 mars 34, 6 mois 1/2.

La tête est en haut, la version est tentée, mais le S. I. n'est pas formé.

6 mai 34. A.N.T. Siège décomplété M. fesses.
S.I.D.A. S.T. F.V. 3.150 gr.
D.N.C. 770 gr. Episiotomie.
L'enfant est ranimé après désobstruction et 10
minutes d'insufflation.

Obs. XXXXVII. — Sasil... G., 25 ans.

A.P. R. 12 ans. R. régul. doul.

A.O. D.R. 20-24 septembre 33.

1^{er} juin 34, 8 mois.

La version est tentée et réussit ; une semaine
après la présentation s'est maintenue.

15 juin 34. La tête est en haut, le siège est en-
gagé ; l'on ne réussit pas la version.

29 juin 34. Nouvelle tentative infructueuse.

12 juillet. Accouchement N.T. Siège complet.

S.I.G.A., S.T., F.V. 3.270 gr.

D.N.C. p. 430 gr. Episiotomie.

Obs. XXXXVIII. — Thier... All., 19 ans.

A.P. R. 12 ans. R. régul. 4 jours sur 30, abond.

A.O. D.R. 7-16 juin 34.

4 février 35, 8 mois 1/2.

Tête en haut enchâtonnée dans la corne gauche.

La version est tentée, mais l'on ne réussit pas à
déloger.

11 février 35.

Siège engagé. Tête enchâtonnée.

Albumine. Régime.

La version n'est pas réussie.

15 février. La version n'est pas réussie.

18 février. Accouchement N.T. Siège complet.

G. vivant p. 3.500 gr.

D.N.C. p. 520 gr.

Obs. IL. — Rall..., 19 ans.

A.P. R. à 14 ans. R. irrégul. doul.

A.O. D.R. 1-6 décembre 32.

6 juin 33, 7 mois.

La tête est en haut, mais la femme ayant perdu un peu de sang, la version est remise à plus tard.

21 juillet 33. La version est tentée et semble réussie.

4 août. La tête est revenue en haut ; une nouvelle tentative de version est infructueuse.

11 août, 8 mois. Siège en voie d'engagement ; la version est tentée sans succès.

4 septembre 33, 8 mois 1/2.

La tête est en haut, version incomplète, la tête remonte.

20 septembre 33. A.N.T. Siège décomplété M. Fesses. G. viv. p. 3.300 gr.

D.N.C. 500 gr. Révision utérine.

Obs. L. — Lebur... L., 20 ans.

A.P. R. à 14 ans. R. 5 jours sur 30 non doul.

A.O. D.R. 19-23 mai 34.

16 janvier 35, 7 mois 1/2.

Tête en haut ; l'utérus se contractant par suite d'un examen prolongé, la version est remise.

25 janvier. La version est tentée sans succès.

1^{er} février. La tête est enchâtonnée dans la corne droite ; l'on conseille à la femme d'entrer dans le Service où l'on tentera la version en déclive.

5 février. En déclive on n'arrive pas à faire évoluer le fœtus.

13 février. Nouvel essai infructueux ; la tête est délogée, mais le fœtus n'évolue pas.

18 février 35. Accouchement siège complet avec
procidence du cordon. F.V. p. 3.420 gr.
Episiotomie. Révision col pour hémorragie.

MULTIPARES

Versions réussies à la première tentative

Obs. I. — Van... M., 35 ans.

A.P. Réglée à 20 ans ; deux menstrues à quatre mois
d'intervalle et la femme se marie. Depuis, rè-
gles très douloureuses, très abondantes.

A.O. 1^{re} gr. en 1920 :

Accouchement terme enfant vivant, décédé à
4 mois de méningite.

2^e gr. en 1921 :

Excès de liquide, traitée par Bivatol depuis le
3^e mois. Accouchement terme, enfant décédé à
3 jours.

3^e gr. en 22 :

F.-C. de 3 mois en janvier.

4^e gr. en 22 :

F.-C. de 4 mois 1/2 en août.

5^e gr. en 24 :

La femme est traitée depuis 1921.

Accouchement à terme, fille vivante o. p.

6^e gr. en 25 :

Le traitement est arrêté.

Accouchement terme, garçon vivant o. p.

7^e gr. en 26 :

Accouchement terme, enfant décédé à 1 an de
méningite.

8° gr. en 27 : F.-C. de 3 mois 1/2.
9° gr. en 28 : F.-C. de 5 mois 1/2.
10° gr. en 28 : Garçon vivant b. p.
11° gr. en 29 : Fille vivante b. p.
12° gr. en 30 : Enfant décédé à 18 mois de broncho-pneumonie.
13° gr. en 32 : Garçon vivant, malade.
14° gr. actuelle : D.R. 2-6 juin 33.
4-12-33. 5 mois 1/2 tête en haut.
La version est tentée et facilement réussie.
Pertes abondantes.
La tête se maintient dans sa nouvelle position.
28-3-34 :
A.N.T., O.I.C.A., O.P., g. viv. p. 3.030 gr.
D.N.C. p. 480 gr.

Obs. II. — Noza... M.-L., 29 ans, II gr.

A.P. Règles à 13 ans. R. régul. abondance. Moyenne, 5 jours.

1^{re} gros. en 29. A.N.T., F. viv., décédée à 4 mois de méningite.

2° gr. actuelle. D.R. 2-6 mai 33.

23-10-33. 5 mois 1/2, la tête est en haut et est ramenée très aisément en bas ; elle s'y maintient ensuite. La femme revient consulter 4 fois.

8-11-34. A.N.T., O.I.D.P., O.P., F.V. p. 3.280 gr.
Triple circulaire cordon.

D.N.C. p. 550 gr.

Obs. III. — Raq... Suz., 21 ans, 2° gr.

A.P. R. 16 ans, depuis R. régul. doult. peu abond.

A.O. 1^{re} gr. en 31. A.N.T. enfant vivant b. p.

2° gr. actuelle. D.R. 18-21 janvier 34.

20-7-34.

6 mois, la tête est en haut ; la version est facile, deux examens ultérieurs permettent de contrôler le maintien en bonne position.

23-10-34.

Accouchement N.T., g. viv. p. 3.870 gr. O.I.D.P.,
O.P., D.N.C. p. 550 gr.

Obs. IV. — Vaill... E., 27 ans. 3° gr.

A.P. R. 16 ans. Depuis, règles irrégul. peu abond. doul.

A.O. 1^{re} gr. en 1930.

Evolution normale. A l'accouchement, application de forceps, enfant vivant pesant 4.500 gr.
Del. nat. S.D.C. bonnes.

2° gr. en 1932.

Evolution normale. Accouchement normal terme, enfant vivant pesant 2.500 gr.

3° gr. actuelle.

D.R. 12-17 juin 33.

15-12-33. 6 mois. Tête dans la corne gauche ; siège dans la fosse iliaque droite ; la femme sent remuer le fœtus ; les b.d.c. ne sont pas perçus ; la version n'est pas tentée.

22-12-33. Les b.d.c. sont perçus ; la version est faite avec facilité, et la nouvelle présentation se maintient par la suite.

4-4-34. Accouchement normal, terme. O.I.D.P.,
O.P., F.V. 3.530 gr. D.N.C. 500 gr.

Obs. V. — Levah... M., 21 ans. 2 gr.

A.P. R. 16 ans. Depuis R. régul. doul.

A.O. 1^{re} gr. en 1931.

Accouchement normal terme. Siège complet, enfant décédé au bout de 8 jours.

2^e gr. actuelle.

D.R. 2-8 nov. 32.

8 juin 33, 6 mois, face ant. sacrum accessible, tête en haut.

Version positive.

17 septembre 33. Accouchement O.I.G.A., O.P., procidence du cordon.

Enfant mort p. 2.200 gr. D.N.C. 400 gr.

Examen à l'entrée : tête fixée, poche des eaux intacte. Dilat. à petite paume ; à dilat. complète une poche très bombante rompue artificiellement. La poche rompue, on sent le cordon qui forme une anse procidente et ne présente aucun battement ; b.d.c. négatifs.

Obs. VI. — Lavil... E., 31 ans. 3 gr.

A.P. R. 13 ans, depuis R. régul. doul.

A.O. 1^{er} accouchement en 31.

Accouchement normal, fille vivante.

2^e accouchement en 33.

Accouchement nat. Préaturé 7 mois.

Macéré depuis 8 jours. B.W.

8^e gr. actuelle.

D.R. 14-18 nov. 33.

25 mai 34. 6 mois, tête en haut ; la version est réalisée avec succès ; la nouvelle présentation se maintient.

9 juillet 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P., g. v. 3.700 gr. D.N.C. 530 gr.

Obs. VII. — Jah... R., 23 ans, 2 gr.

A.P. R. 13 ans, depuis R. régul. 5 jours non dou.

1^{er} accouchement en 31, normal, enfant vivant.

2^e gr. actuelle. D.R. 28 décembre 33-3 janv. 34.

29 juin 34. 6 mois, la tête est en haut, la version est très facile ; la nouvelle présentation se maintient.

13 oct. 31. A.N.T., O.I.G.A., O.P., g. v. 4.370 gr.
D.N.C. 600 gr.

Rupture artif. membranes.

Obs. VIII. — Huguel... R., 27 ans, 4 gr.

A.P. R. 13 ans 1/2. R. régul., 5 jours sur 28. N.

1924-27-29, 3 accouchements à T.N. Enfants b. p.

4^e gr. act. D.R. 24-28 février 34.

7 septembre 34. 6 mois, la version est réalisée avec succès et la nouvelle présentation tient par la suite.

28 décembre 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P., g. v. 3.450 gr. D.N.C. 570 gr.

Rupture artif. membranes.

Obs. IX. — Bo... G., 18 ans, 2 gr.

A.P. R. 11 ans, R. 8 jours sur 28. Pertes blanches très abondantes.

1932, 1^{er} accouchement, 8 mois.

Version par manœuvres internes pour présentation de l'épaule. Fracture bras.

Enfant pesant 2.980 gr. Pieds bots, décédé à 10 mois de méningite. H. Syphil.

2^e gr. actuelle. D.R. 22-30 septembre.

9 mars 34. 6 mois, tête en haut.

La version est réussie, la nouvelle présentation se maintient.

16 juillet 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P.,
g. v. 4.600 gr. D.N.C. 670 gr. H. Syphil.

Obs. X. — Alond... 21 ans, 2 gr.

A.P. R. 15 ans. R. 5 sur 30, non dou. abund.

A.O. 1^{re} gr. 31. Accouchement Nat. T., enfant vivant.

2^e gr. actuelle. D.R. 29 juin-2 juillet.

2 janvier 34. 6 mois, la tête est en haut, le fœtus est très mobile ; la version réussit et par la suite se maintient.

26 mars 34. A.N.T., O.I.D.P., O.P., F. v. 3.280 gr.
D.N.C. 480 gr.

Obs. XI. — Pf... A., 28 ans, 2 gr.

A.P. 13 ans. R. régul. non dou.

A.O. 1^{re} gr. 30. Ant. N.T., enf. viv.

2^e gr. actuelle. D.R. 22-27 janvier 33.

19-7-33. 6 mois, la version est tentée avec plein succès.

22 sept. 33. A.N. terme, 8 mois, O.I.D.P., O.P.
Fille viv. p. 3.050 gr. D.N.C. 680 gr.

Obs. XII. — Hue... M., 25 ans, 3 gr.

A.P. R. 14 ans. R. rég. abund., 3 jours sur 28, indol.

A.O. 1^{re} gr. en 31. Avortement 4 mois 1/2, curetté.

2^e gr. en 33. Accouchement N.T., fille vivante.

3^e gr. actuelle. D.R. 22-25 juin 33.

17 janvier 34. 6 mois 1/2, la tête est en haut très mobile, la version est positive et se maintient par la suite.

6 avril 34. La tête est en bas mobile ; les b.d.c. ne sont pas perçus.

11 avril 34. Pas de b.d.c. Galactorrhée.

6 juin 34. A.N.T., O.I.D.P., O.P., enf. p. 3.850 gr.
D.N.C. 550 gr. S.D.C.B.

Obs. XIII. — Soul... M., 46 ans, 2 gr.

A.P. R. 15 ans, R. régul. 5 jours sur 30, doul.

A.O. 1^{re} gr. en 21. Accouchement N.T., g. viv.

2^e gr. actuelle. D.R. 5-8 juillet 33.

8 février 34. 6 mois 1/2, la version est tentée et réussie.

3 avril 34. Accouchement N., O.I.G.A., O.P., Fille vivante p. 2.820 gr. D.N.C. 670 gr.

Obs. XIV. — Paill... C., 19 ans, 3 gr.

A.P. R. à 13 ans.

A.O. 2 gr. normales, enfants vivants.

3^e gr. actuelle. D.R. 14-18 août 34.

27 février 35. 6 mois 1/2, la tête est en haut, la version est très facile et réussie.

Pertes par endométrite.

29 février 35. Accouchement prématuré O.I.G.A., O.P., g. mort p. 1.400 gr.

D.N.C. p. 300 gr. S.d.c. bonnes.

Obs. XV. — Varl... M., 23 ans, 3 gr.

A.P. R. 14 ans. R. 4 jours sur 28, non doul.

A.O. 1^{re} gr. en 31. Forceps pour une progression de la tête phlegmatia A.D.

2^e gr. en 32. Accouchement prématuré 8^e mois, décédé 6^e jour.

3^e gr. actuelle. D.R. 15-20 février 34.

5 septembre 34. 6 mois 1/2, la version est tentée avec succès, la nouvelle présentation se maintient.

12 nov. 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P., g. v. 2.350 gr. D.N.C. 450 gr.

Une injection d'une ampoule d'hypophyse pour arrêt des contractions.

Traitement anti-syph.

Obs. XVI. — Stenell... M., 26 ans, 2 gr.

A.P. R. 12 ans. R. régl. 6 jours sur 30.

A.O. 1^{re} gr. en 32, N. Enfant vivant.

2^e gr. actuelle. D.R. 21-27 oct. 33.

16 avril 34. 6 mois 1/2, la version est tentée et réussie.

23 août 34. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P.
Fille viv. p. 3.950 gr. D.N.C. 700 gr.

Obs. XVII. — Piel... Suz., 39 ans, 3 gr.

A.P. R. 13 ans, R. régul. 4 jours sur 28, N.

A.O. 1^{re} gr. en 1920. Accouchement normal, enfant décédé 4 mois. Entérite.

2^e gr. en 1929. Accouchement normal. Enfant décédé 2 ans. Méningite tuberculeuse.

3^e gr. actuelle. D. R. 13-16 mai 33.

La femme est hospitalisée du 5 au 16 nov. pour troubles pré-éclamptiques : céphalée, somnolence, œdèmes par albumine.

6 mois 1/2, la tête est en haut dans la corne droite, la version est réussie ; la nouvelle présentation se maintient.

La femme continue à suivre son régime et ne présente plus de troubles.

11 février 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P.,
F. v. 4.060 gr. D.N.C. 610 gr.

Obs. XVIII. — Mich... Y., 30 ans, 3 gr.

A.P. R. 13 ans. R. régul. non doul.

A.O. 2 accouchements normaux, enfants vivants.

3^e gr. actuelle. D.R. 20-24 mars 34.

13 oct. 34. 6 mois 1/2, la tête est en haut, la version est tentée et réussie.

26 décembre 34. Accouchement N.T., O.I.G.A.,
O.P., g. v. p. 2.920 gr.

D.N.C. 400 gr.

Obs. XIX. — Tassis... F., 32 ans, 3 gr.

A.P. R. 13 ans, depuis R. 4 jours sur 28, non doul.

A.O. 2 accouchements normaux à terme, un enfant décédé à 2 ans de tuberculose pulmonaire.

3^e gr. actuelle. D.R. 15-20 avril 33.

15 nov. 33. La tête est en haut, la version est réalisée avec succès.

20 janvier 33. Accouchement N.T. Fille vivante
p. 3.600 gr. D.N.C. 500 gr.

Obs. XX. — Schiett... P., 26 ans, 3 gr.

A.P. R. 14 ans, R. régl. 5 jours sur 30, indol.

A.O. 1^{er} accouchement en 28, g. viv. p. 4.150 gr.

2^e accouchement en 30. F. viv. p. 4.250 gr.

3^e gr. actuelle. D.R. 19-23 mai 33.

20 décembre 33. 7 mois, la tête est en haut, la version est réussie.

5 mars 34. A.N.T., O.I.D.P., O.P.

G. v. p. 4.600 gr. D.N.C. 520 gr.

Rupture artif. membranes.

Obs. XXI. — Sacq... M., 28 ans, 4 gr.

A.P. R. 17 ans, R. irrégulières 4 jours sur 30,
doul.

A.O. 1^{re} gr. en 28. Accouchement Nat. Déchirure au périnée.

2^e gr. en 30. Accouchement Nat. Enfant vivant.

3^e gr. en 31. Avortement de 2 mois 1/2, curetté.

4^e gr. actuelle. D.R. 12-16 mars 33.

30 octobre 33. 7 mois, la tête est en haut, la version est tentée et réussit pleinement.

14 janv. 34. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P.
Fille viv. p. 3.330 gr. D.N.C. 450 gr.

S. d. c. : Lymphangite sein droit.

Obs. XXII. — Poitre... Hart., 34 ans, 3 gr.

A.P. R. 12 ans. R. régul. non doul.

A.O. 2 accouchements nat.

3^e gr. actuelle. D.R. fin novembre 33.

4 juillet 34. 7 mois, la tête est en haut, la version est tentée et réussit avec succès.

10 septembre 34. Accouchement N.T. G. vivant
p. 3.840 gr. D.N.C. p. 680 gr.

Obs. XXIII. — Tou... J., 25 ans, 2 gr.

A.P. R. 14 ans. R. irrégul., toutes les 6 semaines peu abondantes.

A.O. 1^{re} gr. accouchement normal.

2^e gr. actuelle. D.R. 20-29 juillet 33.

26 février 34. 7 mois, la tête est en haut, la version est réalisée facilement.

3 mai 34. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P.
Fille viv. 3.580 gr. D.N.C. 650 gr.

Obs. XXIV. — Papier... M., 33 ans, 6 gr.

A.P. R. 12 ans. Depuis R. régul.

A.O. 5 gr. à accouchements normaux.

6^e gr. actuelle. D.R. 15-18 août.

28 mars 34. 7 mois. Fœtus mobile, tête en haut.

La version est tentée et la nouvelle présentation se maintient.

25 juin 34. A.N.T., O.I.G.A., O.P.

F. viv. p. 3.150 gr. D.N.C. 520 gr.

Obs. XXV. — Mor... O., 27 ans, 3 gr.

A.P. R. 11 ans. R. régul. 4 jours sur 30, indol.

A.O. 1^{re} gr. en 22, A.N.T. 3.500 gr. (déchirure périnée).

Enfant décédé 2 ans 1/2 broncho-pneumonie:

2^e gr. en 31. A.T. Déchirure périnée.

Del. artif. S. d. c. B. Enfant décédé 2 ans 1/2 broncho-pneumonie.

3^e gr. actuelle. D.R. 9-12 février 33.

11 septembre. 7 mois, tête en haut, dos à dr. Version, tête en bas, dos à g.

14 novembre 33. Accouchement N.T., Fille viv. 3.470 gr. D.N.C. 580 gr.

Obs. XXVI. — March... El., 25 ans, 2 gr.

A.P. R. à 9 ans. R. irrégul. avec retards, 2 à 3 semaines, peu abond. Pertes.

A.O. 1^{re} gr. en 33. Accouchement N.T. Enfant décédé 6 mois tubercul.

2^e gr. actuelle. D.R. avril 33.

18 décembre 33: Tête en haut, version positive.

Aux consultations suivantes la tête est en bas repoussée en avant par un faux promontoire.

29 janvier 33. Accouchement Nat. terme, g. viv. 3.400 gr.

Revision utérine ramenant des caillots et des débris de membranes.

Obs. XXVII. — Bon... Suz., 23 ans, 3 gr.

A.P. R. à 12 ans. R. régul. abond. 5 jours sur 30.

A.O. 1^{re} gr. en 31 : avortement 4 mois 1/2, non curetté.

2^e gr. en 33, accouchement nat. F. enfant viv.

3^e gr. actuelle. D.R. : nourrice.

29 juin 34. 7 mois, tête en haut, la version est tentée et faite avec succès.

29 août 34. Accouchement nat. t. O.I.G.A., O.P.
G. viv. p. 2.980 gr. D.N.C. 500 gr.

Obs. XXVIII. — Feg... M., 38 ans, 2 gr.

A.P. R. 15 ans. R. régul. peu abond. non doult.

A.O. 1^{re} gr. en 1929, version au 7^e mois réussie, accouchement N.T. sommet, g. viv.

2^e gr. actuelle. D.R. 22-27 août.

30 mars 34. 7 mois, la version est réussie difficilement, la contraction de la paroi abdominale gênant beaucoup.

8 juin 34. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P.
F. viv. p. 3.500 gr. D.N.C. 470 gr.

Obs. XXIX. — Segr... S., 24 ans, 2 gr.

A.P. R. à 13 ans, R. régul. abond. 5 jours sur 28.

A.O. 1^{re} gr. normale.

2^e gr. actuelle. D.R. 3-7 octobre 33.

26 mars 34. 5 mois, normale.

14 mai 34. 7 mois, tête en haut, la version est difficile, l'utérus se contractant dans les premières manœuvres ; après la version, les b.d.c. d'abord irréguliers sont bien vite normaux.

5 août 34. A.N.T. F. viv. p. 3.400 gr.
D.N.C. 670 gr.

Obs. XXX. — Lemer... Sim., 23 ans, 2 gr.

A.P. R. à 14 ans, depuis R. régul. 3 jours sur 30,
abond., pertes blanches depuis 1^{re} grossesse.

A.O. 1^{re} gr. en 33. Accouchement N. Déchirure périnée.
2^e gr. actuelle. D.R. 18-22 oct. 33.

25 mai 34. 7 mois, la tête est en haut, la version
est menée à bien avec facilité.

27 juillet 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P.
F. viv. 3.470 gr. D.N.C. 530 gr.

Obs. XXXI. — He... Germ., 30 ans, 3 gr.

A.P. R. à 12 ans. Depuis R. régul. 4 jours sur 30.

A.O. 1^{re} gr. en 21. Accouchement N.T. Enfant vivant.
2^e gr. actuelle. D.R. 30 septembre-3 octobre 33.

23-5-34. 7 mois 1/2, la version est tentée et plei-
nement réussie et cela facilement.

19 juillet 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P.
F. viv. p. 3.330 gr. D.N.C. 530 gr.

Obs. XXXI. — Goh... M., 33 ans, 10 gr.

A.P. R. à 17 ans. R. régul. abond., 8 jours.

A.O. Accouchements normaux enfants vivants en
1917-18.

Avortements non curettés de 2 mois 1/2 en 22
et 23.

Accouchements normaux enfants vivants en
1924 et 26. Enfants décédés de broncho-pneu-
monie.

Avortements non curettés de 3 mois 1/2 et 4 1/2
en 1927 et 28.

Accouchement normal terme en 1930. Enfant
vivant.

10^e gr. actuelle. D.R. 18-22 décembre.

6-8-34. 7 mois 1/2, la tête est dans la corne droite et est facilement ramenée en bas.

Le S. I. n'est pas formé.

13-9-34. A.N.T., O.I.G.A., O.P., F.V. 3.030 gr.

D.N.C. 610 gr.

Obs. XXXIII. — Gir..., 18 ans, 2 gr.

A.P. R. 12 ans, R. 12 ans. R. régul. non doul.

A.O. Accouchement normal enfant vivant en 32.

2° gr. actuelle. D.R. 21-24 juin 33.

29 janvier 34. 7 mois 1/2, la tête est en haut, le dos à gauche, la version est tentée et réussie.

8 mars 34. Accouchement N.T. F. viv. 3.330 gr.
Membranes déchirées.

Obs. XXXIV. — Del... M., 26 ans, 3 gr.

A.P. R. régul. non doul.

A.O. 1^{re} gr. en 1919, normale. Accouchement nat. Hémorragie.

2° gr. en 32. F. couche de 5 mois. Hémorragie.

3° gr. actuelle. D.R. 9-15 avril 33.

6 décembre 33. 7 mois 1/2, la version est réalisée avec facilité, et tiendra par la suite.

5 mars 33. Accouchement N.T., g. 3.450 gr.

Circulaire lâche du cou.

Rupture artificielle des membranes.

Obs. XXXV. — Delam... I., 28 ans, 3 gr.

A.P. R. à 14 ans, R. régul. N.

A.O. 1^{re} gr. en 1930, normale.

2° gr. actuelle normale. 19-23 juin 33.

14 février 34. 7 mois 1/2, la tête est en haut, la version réalisée avec facilité.

5 avril 34. Accouchement N.T. F. v. p. 3.780 gr.
D.N.C. 650 gr.

Obs. XXXVI. — Cout... Gen., 35 ans, 3 gr.

A.P. R. à 14 ans 1/2. Depuis, 5 jours sur 25.

A.O. 2 accouchements normaux t. 1 enfant décédé de méningite.

3^e gr. actuelle. D.R. 25-28 mai 33.

19 janvier 34. 7 mois 1/2. Fœtus en position transverse, la tête est très facilement ramenée en bas.

2 février 34. Accouchement prématuré, 8 mois. g. viv. p. 2.790 gr.

D.N. Placenta découronné p. 500 gr.

Obs. XXXVII. — Gyz..., 36 ans, 4 gr.

A.P. R. à 14 ans. R. régul.

A.O. 3 gr. normales, accouchements terme, enf. viv.

4^e gr. actuelle. D.R. 27-30 mars 34.

5 novembre 34. 7 mois 1/2.

Léger excès de liquide ; la tête est en haut, le dos à gauche. La version est tentée, mais la tête se maintient mal, quelques minutes plus tard, la tête est remontée ; une nouvelle tentative ramène la tête en bas, elle a tendance à y demeurer.

14 décembre 34. Forceps sur sommet O.I.D.P., pour lenteur expulsion et modification des b.d.c.

F. vivante présentant un Spina bifida, p. 3.000 gr. décédée une semaine après.

D.N.C. 550 gr.

Obs. XXXVIII. — Beau... Y., 22 ans, 2 gr.

A.P. R. à 13 ans. R. irrégul. doul., caillots.

A.O. 1^{re} gr. normale.

2° gr. actuelle. D.R. 21-28 mai 33.

1^{er} décembre 33. 7 mois 1/2.

La version est réalisée avec facilité ; cependant
l'on a l'impression que la tête ne tiendra pas,
le S. I. ne paraît pas formé.

7 janvier 34. Accouchement N.T. F. viv. pesant
3.350 gr. O.I.G.A., O.P.

D.N.C. 700 gr.

Obs. XXXIX. — Paul... P., 24 ans, 3 gr.

A.P. R. à 13 ans. R. régul. 8 jours sur 30, douleur.

A.O. 1^{er} accouchement N.T. Enf. viv. D.N.C. en 1929.

Hémorragies persistantes pendant deux mois,
disparaissant après la pose d'un pessaire.

2° accouchement en 1932. Accouchement N.T.

3° gr. actuelle. D.R. 9-14 mars 34.

21 nov. 34. La femme consulte pour la première
fois à cette date, 8° mois. La tête est en haut,
le dos à g. ; la version est tentée et réussie.

29 décembre 34. Accouchement N.T. g. v. pesant
3.710 gr.

Rupture artificielle des membranes.

D.N.C. p. 710 gr.

Obs. XXXX. — Queu... H., 33 ans, 4 gr.

A.P. R. à 13 ans. R. régul. non doul., 5 sur 30.

A.O. 3 accouchements normaux, enfant b.p.

4° gr. actuelle. D.R. 20-25 avril 33.

8 janvier 34. 8 mois.

La tête est dans la corne droite, la version est
plus difficile, car on a de la peine à dégager
la tête de la corne droite.

30 janvier 34. Accouchement O.I.G.A., O.P.

La tête sort cyanosée. Dystocie des épaules.

G. viv. p. 3.520 gr. D.N.C. 520 gr.

Obs. XXXXI. — Thir... S., 32 ans, 5 gr.

A.O. 3 premiers accouchements normaux, enf. vivants.

4^e accouchement. Opération césarienne pour présentation de l'épaule.

5^e gr. actuelle. D.R. 2 au 4 février 34.

4 octobre 34. 8 mois.

La version est tentée et réussie non sans difficultés dans l'évolution du fœtus.

15 novembre 34. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P. F. v. 3.820 gr. D.N.C. 720 gr.

Obs. XLII. — Feus... F., 24 ans, 2 gr.

A.P. R. 13 ans. R. régul. peu abond., indol.

A.O. Accouchement N.T. en 1930, enfant décédé 15 j. troubles intestinaux.

2^e gr. actuelle. D.R. 21-26 octobre 33.

25 mai 34. 8 mois, la tête en haut à droite, la version est réussie.

7 juin 34. Accouchement N.T. g. viv. p. 3.140 gr. D.N.C. p. 600 gr.

Rupture artificielle poche des eaux.

Obs. XLIII. — Buc... R., 32 ans.

A.P. R. à 13 ans, depuis, 4 jours sur 28.

A.O. 5 accouchements normaux à terme ; l'un des enfants présente un ictère très foncé et meurt à 4 jours.

6^e accouchement à 8 mois, l'enfant vit 1 jour.

7^e gr. actuelle. D.R. 1 au 4 septembre.

1^{er} juin 33. 8 mois 1/2.

La femme vient consulter alors pour la première fois, la version est réalisée difficilement, le siège étant engagé.

13 juin 33. Accouchement T. O.I.D.P., O.S.

F. viv. p. 3.800 gr. D.N.C. p. 700 gr.

Obs. XLIV. — Ansel... M., 40 ans, 2 gr.

A.P. R. régul. non doul.

A.O. 1^{er} accouchement normal.

2^e gr. actuelle. D.R. 21-26 nov. 33.

4 août 33. 8 mois. Albumine. T.A. 16-10.

La version est tentée et réalisée avec succès, seulement à la troisième tentative, et cela en raison de la difficulté que l'on a à faire évoluer le fœtus.

La femme sort sur sa demande. Régime.

19 août 33. Accouchement N.T. g. viv. p. 3.450 gr.

D.N. p. 480 gr. Membranes déchirées.

Obs. XLV. — Bour... J., 31 ans, 3 gr.

A.P. R. 14 ans. R. peu abond. irrégul., doul.

1^{re} gr. normale en 1926.

2^e gr. F. couche en 1931, curetté.

3^e gr. actuelle. D.R. 29 août-1^{er} sep. 33.

16-5-34. 8 mois. La version est tentée et réalisée.

6-6-34. A.N.T., O.I.G.A., O.P., g. viv. 4.710 gr.

D.N.C. 700 gr.

Périnée : 1 catgut.

Obs. XLVI. — Nicod... Ghisl., 20 ans, 3 gr.

A.P. R. 10 ans, R. régul. d'abord tous les 15 jours, puis depuis mariage tous les mois. 8 jours, peu abondante. Pertes abondantes.

1^{re} gr. en 1930, accouchem. prématuré à 7 mois. Endométrite hémorragique, g. décédé au bout de 24 heures.

2^e gr. en 1932, normale.

3^e gr. actuelle. D.R. 25-30 avril 34.

21 janvier 35. Le fœtus est en position transver-

sale. La tête est facilement ramenée en bas et s'y maintient (8^e mois).

18 février. A.N. t., O.I. D.P., O.P.

G. viv. p. 3.160 gr. D.N.C. 500 gr.

Obs. LXIX. — Ren... H., 24 ans, 2 gr.

A.P. R. 15 ans. R. irrégul. doult.

A.O. 1^{er} accouchement normal.

2^e accouchement actuel. D.R. 21-25 févr. 33.

20 nov. 33. 8 mois 1/2. Siège engagé.

La version n'est pas réussie en position horizontale, la femme est placée en position de Trendelenbourg. La version est alors réussie, après avoir eu beaucoup de difficultés à dégager le siège.

8 décembre 33. Accouchement N.T. O.I.G.A., O.P., g. viv. p. 4.230 gr. D.N.C. 530 gr.

Versions réussies à la deuxième tentative (Multip.)

Obs. XLVII. — Henq... Suz., 32 ans, 6 gr.

A.P. R. 14 ans. R. régul., 4 jours sur 30.

A.O. 5 accouchements normaux à terme. 4 enfants b.p. 6^e gr. actuelle. D.R. 25-28 mai 33.

20 décembre 33. Le fœtus est presque en transverse ; la tête est remanée facilement en bas, mais on a l'impression qu'elle ne s'y maintiendra pas, 7 mois.

3 janvier 34. 7 mois 1/2. La tête est en haut et est ramenée en bas, le segment inférieur est formé et happe la nouvelle présentation.

11 mars 34. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P. F. viv. p. 4.130 gr. D.N.C. 250 gr.

Obs. XLVIII. — Mich... J., 30 ans, 3 gr.

A.P. R. à 11 ans. R. régul. 6 jours sur 28.

A.O. 2 accouchements normaux, à terme, enfants viv.
3^e gr. actuelle. D.R. 15-20 nov. 33.

14 mai 34. 6 mois.

La tête est en haut, la tête est facilement ramené en bas, mais le segment inférieur n'étant pas formé ne s'y maintiendra sûrement pas.

28 mai 34. 6 mois 1/2.

La tête est en haut, on a l'impression que la tête demeurera en place.

13 sept. 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P.,
g. viv. p. 4,120 gr. D.N.C. 680 gr.

Obs. IL. — Migean... Y., 34 ans 2 gr.

A.P. R. 13 ans, depuis, R. régul.

A.O. 1^{re} gr. : Césarienne vaginale p. troubles éclamptiques autour de 7 mois. Enfant décédé.

2^e gr. actuelle. D.R. 12-16 déc. 32.

2 août 33. 3 mois 1/2.

Légers œdèmes. T.A. 22-14.

La tête est en haut, la version est tentée et réalisée. La femme sort sur sa demande. Régime.

30 août 33. Légers œdèmes. T.A. 22-14, pas d'albumine.

La tête est de nouveau en haut, la version est tentée et réussit.

Aux consultations suivantes, la nouvelle présentation se maintient.

La femme présente de l'albumine, sa tension est aussi haute; elle ne consent pas à entrer dans le Service.

1^{er} nov. 33. Accouchement N. à terme; enfant macéré p. 2.500 gr.

Révision utérine ramenant des débris placentaires. S. d. c. B.

Obs. L. — Jea... M.-L., 20 ans, 3 gr.

A.P. R. 13 ans. R. régul., non doul.

A.O. 2 accouchements normaux à terme, enfants viv.
9 avril 34. 6 mois 1/2.

La version est tentée, mais n'est qu'incomplètement réussie.

23 avril 34. 7 mois.

La tête est en haut, la version est tentée et réussit pleinement.

28 juin 34. — Accouchements N. à terme. Sommet, fait en ville. G. mort-né p. 3.000 gr.

D.N. fait en ville, p. 500 gr.

S. D. C. N.

Obs. LI. — Zerl... R., 33 ans, 3 gr.

A.P. R. à 17 ans. R. régul. non doul.

A.O. 2 grossesses, accouchements normaux.

Grossesse actuelle. D.R. : nourrice.

3 août 34. 7 mois.

La tête est en haut, la version est tentée et réussie.

10 août 34.

La nouvelle présentation ne s'est pas maintenue ; une nouvelle version la remet en place.

14 oct. 34. A.N.T., O.I.D.P., O.P., g. viv. 3.650 gr.

D.N. p. 630 gr. Membranes déchirées.

Obs. LII. — Guide... B., 27 ans, 3 gr.

A.P. R. 12 ans. R. régul.

A.O. 2 accouchements normaux à terme, enfants b. p.
3^e gr. actuelle. D.R. 10-15 janv. 34.

10 août 34. 6 mois.

La tête est en haut, la version est tentée et semble réussie.

17 août 34.

La présentation ne s'est pas maintenue ; l'on refait une version facilement.

10 déc. 34. — Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P.,
g. v. 3.800 gr. D.N.C. 710 gr.

Obs. LIH. — Grav... I., 23 ans, 4 gr.

A.P. R. 15 ans, R. irrégul. doul.

A.O. 3 accouchements normaux enfants vivants.

4^e gr. actuelle. D.R. 23-28 nov. 32.

2 août 33. 8 mois.

La tête est en bas mobile après version.

4 août 33.

La tête n'est pas demeurée en bas ; une nouvelle version est tentée.

7 sept. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P., g. viv.
4.700 gr. D.N.C. 760 gr.

Obs. LIV. — Salea... T., 30 ans, 2 gr.

A.P. R. 13 ans. R. Régul. 5 jours sur 30.

A.O. 1^{er} accouchement en 30 normal.

2^e gr. actuelle. D.R. 19-25 février 33.

8 sept. 33. 7 mois 1/2.

La tête est en haut, la version est tentée et pleinement réussie.

4 oct. 33. La présentation du siège récidive. Nouvelle version.

23 nov. 33. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P.,
g. viv. p. 3.380 gr. D.N.C. 500 gr.

Obs. LV. — Roche... M., 28 ans, 4 gr.

A.P. R. à 15 ans. R. depuis 8 jours sur 30.

A.O. 2 accouchements normaux à terme, enfants viv.

1 accouchement prématuré à 6 mois.

4^e gr. actuelle. D. R. 20-25 oct.

23 mai 34. 7 mois.

La version est tentée et semble réussie.

30 mai 34.

La tête est de nouveau en haut. Après version elle est en bas.

13 juillet. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P.

F. v. p. 3.600 gr. D.N.C. 600 gr.

Obs. LVI. — Rob... A., 33 ans, 2 gr.

A.P. R. à 11 ans. R. régul.

A.O. Accouchement N.T. en 1931.

2^e gr. actuelle. D.R. 18-24 avril 33.

10 nov. 33. 6 mois.

La tête est dans la fosse iliaque gauche, très mobile, les b.d.c. ne sont pas perçus.

15 déc. 33. 7 mois.

La tête est en haut, les b.d.c. sont normaux ; la version est tentée et semble réussie.

3 janvier 34. 7 mois 1/2.

La tête est de nouveau en haut ; une nouvelle version est tentée.

16 février 34. Accouchement N.T. F. viv. pesant 3.020 gr. D.N.C. 500 gr.

Obs. LVII. — Pin... G., 25 ans, 2 gr.

A.P. D. à 13 ans, depuis, R. régul.

A.O. Accouchements normaux à terme, enfants viv.

Par la suite, la femme est soignée pour une métrite cervicale avec cystite.

2^e gr. actuelle. D.R. 12-17 avril 33.

25 oct. 33. 7 mois.

La tête est en haut, la version est tentée et paraît réussie.

8 nov. 33. 7 mois 1/2.

La tête est remontée en haut ; nouvelle version.

8 janvier 34. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P.

G. viv. 3.350 gr. D.N. 550 gr. Membranes déchirées.

Obs. LVIII. — Esb... Gil., 29 ans, 4 gr.

A.P. R. régul. depuis l'âge de 14 ans. Cependant, aménorrhée complète depuis 2 ans à la suite d'une fausse-couche non curettée.

A.O. 1^{re} accouchement en 27. Normal, enfant décédé à 3 ans, méningite tuberculeuse.

2^e accouchement en 30. Normal, enfant décédé à 3 ans, broncho-pneumonie et otite double.

3^e accouchement en 31. Fausse-couche de 3 mois et demi, non curettée.

4^e gr. actuelle.

20 mars 34. 6 mois 1/2.

Une version est tentée et réussie.

27 mai 34. 7 mois 1/2.

La tête de nouveau en haut est ramenée facilement en bas.

Le S. I. n'est pas formé.

3 juillet 34. Accouchement Nat. Terme, O.I.D.P., O.P., Fille viv. p. 3.410 gr. D.N.C.

Obs. LIX. — Cal... Y., 30 ans, 2 gr.

A.P. R. 10 ans, R. régul. depuis premier accouchement.

A.O. 1^{re} gr. en 1919, normale.

2^e gr. actuelle. D.R. 25-30 déc. 33.

6 août 34. 7 mois 1/2.

Siège élevé, tentative positive de version.

10 août 34.

La nouvelle présentation ne s'est pas maintenue.

Nouvelle tentative de version.

30 sept. 34. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P.,

G. v. 3.850 gr. D.N.C. 550 gr.

Versions réussies à la troisième tentative

Obs. LX. — Val..., 36 ans, 3 gr.

A.P. R. 12 ans. R. irrégul. douleur.

A.O. 2 accouchements normaux à terme.

3^e gr. actuelle. D.R. 1-7 mars 33.

2 oct. 33. 6 mois 1/2.

Tête dans la corne droite que l'on dégage et amène en D. S.

9 oct. 33.

L'on trouve la tête en haut.

L'on tente une version, mais l'on est gêné par la contraction de l'utérus, et la version n'est pas réussie.

23 oct. 33. L'on réussit la version.

2 déc. Accouchement N.T., O.I.D.P., O.P., g. viv.
p. 3.520 gr. D.N.C. 550 gr.

Obs. LXI. — Lup... A., 32 ans, 4 gr.

A.P. R. à 13 ans, depuis, R. régul.

A.O. 2 accouchements normaux à terme.

3^e gr. en 1933. Fausse-couche de 4 mois 1/2. Hémorragie abondante, pas de curetage.

4^e gr. actuelle. D.R. 20-24 juillet 33.

7 mars 34. 7 mois 1/2.

La tête est en haut, la version est tentée et semble réussie.

14 mars 34.

La tête est remontée ; une nouvelle tentative est menée à bien.

18 avril 34. 8 mois 1/2.

La présentation ne s'est pas maintenue ; l'on réussit avec difficulté une version.

8 mai 34. A.N.T., O.I.G.A., O. P., F. viv. 3.500 gr.
D.N.C. 650 gr.

Obs. LXII. — Four... F., 25 ans, 4 gr.

A.P. R. à 13 ans, 3 jours d'avance régulièrement.

A.O. 1^{er} accouchement en 1930. Accouchem. en siège.

2^e gr. en 1932. F.-cause de 2 mois 1/2, non curettée.

3^e gr. en 1932. F.-couche de 4 mois, curettée.

4^e gr. actuelle. D.R. 12-17 avril 33.

4 déc. 33. 7 mois 1/2.

Tête en haut, tentative infructueuse de version et ce en raison contracture de l'utérus.

11 déc. 33.

Tentative négative pour la même raison.

18 déc. 33.

La version cette fois est réussie.

11 janvier 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P.,
F. viv. 3.410 gr. D.N.C. 600 gr.

Obs. LXIII. — Troch... J., 31 ans, 4 gr.

A.P. R. 16 ans 1/2 régul.

A.O. 2 accouchements normaux à terme.

3^e gr. en 32. F.-couche de 5 mois 1/2 provoquée.
Pas de curettage.

4^e gr. actuelle. D.R. 19-24 août 33.

23 mars 34. 7 mois.

La tête est en haut, une version est tentée et semble réussie.

3 avril 34.

La nouvelle présentation ne s'est pas maintenue, nouvelle tentative qui paraît réussie.

13 avril 34.

Nouvelle tentative qui cette fois sera couronnée de succès.

3 juin 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P.,
g. viv. p. 3.390 gr. D.N.C. 480 gr.

Rupture artif. membranes.

Obs. LXIV. — Born... A., 23 ans, 3 gr.

A.P. R. 12 ans, depuis R. régul.

A.O. 2 accouchements normaux à terme.

3^e gr. actuelle. D.R. 20-24 janv. 34.

20 juillet 34. 6 mois.

La tête est en haut, une version est tentée ; on a l'impression que la présentation ne se maintiendra pas, le S.I. n'étant pas formé.

7 août 34. 6 mois 1/2.

Nouvelle tentative qui est positive.

13 août 34.

Nouvelle tentative qui est réussie.

24 octobre 34. Accouchement N.T., O.I.C.H., O.P.,
g. viv. p. 3.670 gr. D.N.C. 600 gr.

Version réussie à la quatrième tentative

Obs. LXV. — Hup..., 21 ans, 2 gr.

A.P. R. à 18 ans. R. irrégul. doult.

A.O. 1^{re} gr. en 1932. Fille vivante b. p.

2^e gr. actuelle. D.R. 6-12 mai 33.

1^{er} déc. 33. 6 mois 1/2.

Tentative de version douloureuse ; l'on n'insiste pas.

8 décembre 33.

L'on tente sans succès la version, cela en raison de constriction paroi utérine et abdominale.

15 décembre 33.

L'on tente avec plus de facilité la version qui semble réussie.

30 décembre 33. 7 mois 1/2.

La tête est de nouveau en haut ; l'on tente une quatrième version qui cette fois paraît devoir tenir.

17 février 34. Accouchement N.T., O.I.G.A., O.P., F. viv. 3.300 gr. D.N.C. 470 gr.

Echecs définitifs

Obs. LXVI. — Verh... P., 23 ans, 3 gr.

A.P. R. à 13 ans, depuis R. régul. 4 jours sur 30.

A.O. 1^{re} gr. en 30. Accouchement en siège, F. vivante.

2^e gr. en 32. Fausse-couche de 3 mois, pas de curetage.

3^e gr. actuelle. D.R. 8-10 janv. 33.

24 juillet 33. 6 mois.

Tête en haut, la version est tentée, le S.I. n'étant pas formé ; on a l'impression que la présentation ne tiendra pas.

14 août 33.

Nouvelle tentative de version semblant réussie.

20 sept. 33. Accouchement spont. Siège, g. vivant p. 3.700 gr. D.N.C. p. 480 gr.

Placenta avec insertion latérale du cordon, petit
cote 4 cm.

Obs. LXVII. — Seur... An., 21 ans, 5 gr.

A.P. R. 13 ans. R. régul. non doul.

A.O. 4 accouchements nat. à terme, enfants vivants.

1^{er} décédé. Rougeole à 2 ans.

2^e décédé, suites intervention bec-de-lièvre.

3^e décédé, suites intervention hernie.

4^e vivant, b. p.

5^e gr. actuelle. D.R. 8-13 janv. 34.

5 sept. 34. 7 mois 1/2.

Tentative de version qui paraît réussie.

1^{er} oct. 34.

La tête est en haut, l'on réussit difficilement la
version.

4 oct. 34. Accouchement S. décompleté, M. fesses.

F. viv. p. 3.790 gr.

Délivrance artificielle. S. de C. B.

Obs. LXVIII. — Raff..., 27 ans, 3 gr.

A.P. R. à 14 ans. R. régul. 3 jours sur 28.

A.O. 1^{er} accouchement normal terme, enfant vivant.

2^e gr. en 32. Avortement 4^e mois, curetté.

3^e gr. actuelle. D.R. 12-15 février 34.

7 sept. 34. 6 mois.

Tentative de version positive. S.I. non formé.

15 septembre 34.

Nouvelle tentative de version, la présentation se
maintient jusqu'au 10 octobre où l'on cons-
tate la tête en bas.

16 nov. 34. Siège décompleté, M. Fesses.

F. viv. p. 3.080 gr. D.N.C. 480 gr.

Bassins limités

Obs. LXX. — Capt..., 30 ans, 3 gr.

A.P. R. à 15 ans, depuis R. régul. indol.

A.O. 1^{re} gr. Accouchement difficile, la femme reste 7 jours en travail ; enfant décédé à l'âge de 1 an.

2^e gr. Accouchement prématuré, 7 mois 1/2, enfant mort.

3^e gr. actuelle. D.R. 6-12 nov. 33.

3 juillet 34. 7 mois 1/2.

Le bassin, sans être franchement rétréci, est atrésique. La tête est en haut mobile, une version est tentée et semble réussie.

18 juillet. 8 mois.

La nouvelle présentation ne s'est pas maintenue ; une nouvelle version est tentée, la tête est en bas.

3 août 34. 8 mois 1/2.

Nouvelle version incomplète ne permettant pas d'obtenir une attitude verticale de l'enfant.

Comme la femme tient beaucoup à un enfant vivant et que d'autre part le bassin est légèrement touché, on propose à la femme, qui l'accepte, une opération césarienne.

Le 12 août, opération césarienne haute classique, enfant pesant 3.600 gr.

Suites opération normales.

Obs. LXXI. — Lenou... M., 33 ans, 3 gr.

A.P. R. à 12 ans 1/2. R. irrégul. peu doul, peu abond.

A.O. En 1923 et 1927, 2 accouchements à terme, enfants vivants. Dél. S. de c. N.

3^e gr. actuelle. D.R. 3 au 5 janv. 33.

4 août 33. 7 mois.

La tête est en haut mobile.

Au toucher on atteint le promontoire. Bassin plat rachitique, dans l'ensemble assez vaste, qui n'a pas empêché la femme d'accoucher deux fois d'enfants actuellement vivants.

Pas d'atrésie des parties molles.

Une version par manœuvre externê est, semble-t-il, menée à bien.

4 septembre. 8 mois.

La tête est revenue en haut ; nouvelles tentatives de version positive.

22 septembre. 8 mois 1/2.

Le fœtus est en transverse, tête à gauche ; la version est facilement effectuée.

23 septembre. Tête en bas mobile.

27 octobre 33. Début du travail, la femme entre à l'hôpital.

Au toucher : Présent. très élevée. Dilat. à petite paume ; au centre du col, on sent le nez dont les orifices regardent franchement à droite ; en remontant, on sent les yeux vers la gauche ; il est impossible d'atteindre le menton et on ne sent pas le front.

B. de C. Membranes rompues.

Le bassin est plat, rachitique, assez vaste dans l'ensemble.

Au palper : on sent le coup de hache caractéristique entre la nuque et le dos, mais on a l'impression que cette nuque est très allongée — dolychocéphalie — ce qui expliquerait la présentation de la face.

Etant donné les antécédents de la femme, qui a

de plus des contractions régulières, on tente l'épreuve du travail.

La situation demeurant inchangée, la tête ayant tendance à se défléchir en front, on décide l'intervention.

Opération césarienne haute (l'indication est la césarienne basse, mais on craint que le S. I. soit peu développé ; d'ailleurs la tête est bloquée dans la partie basse de l'utérus et il serait peut-être difficile de la déloger).

Enfant en état de mort apparente, après désobstruction et insufflation il est ranimé. Bosse séro-sanguine intéressant la lèvre supérieure, les yeux et le front.

Tête dolychocéphale, cou allongé.

Obs. LXXII. — Lesdi... P., 25 ans, 2 gr.

A.P. R. à 12 ans. R. régul.

A.O. Accouchement nat. à terme, enfant vivant pesant 2.700 gr. en 1932.

2^e gr. actuelle. D.R. 20-24 janvier 33.

29 août 33. 3 mois.

Le promontoire est accessible, bassin plat rachitique, vaste dans l'ensemble.

La tête est en haut, une version est effectuée facilement et avec plein succès ; en effet, aux consultations ultérieures, elle est en bas, mobile.

18 novembre. La femme entre dans le Service pour des douleurs ayant débuté à 10 heures sans avoir perdu les eaux.

Au toucher : membranes intactes. Dilat. 2 f.

Tête haute mobile. Promontoire accessible.

Excavation bonne, parties molles souples.

La dilatation progresse jusqu'à 5 gr., la poche des eaux se rompt, liquide normal.

Les douleurs s'atténuent, la dilatation n'avancant pas. On décide de continuer l'épreuve du travail.

Injection de 1/2 cc. de post hypophyse, les douleurs reprennent toutes les 5 minutes régulières.

La tête descend légèrement, s'incline sur son pariétal postérieur, on espère un accouchement spontané.

Le lendemain, à 11 heures, la tête n'est pas descendue davantage, restant inclinée sur son pariétal postérieur. Les b. de cœurs sont bons.

On décide l'intervention. Opération césarienne haute.

Enfant pesant 3.650 gr.

Suites opératoires normales.

CONCLUSION

La version par manœuvres externes est le traitement prophylactique des présentations du siège.

La manœuvre sera d'autant plus aisée qu'elle sera tentée tôt, entre six et sept mois de grossesse. Le maintien de la nouvelle présentation est dû à la coaptation du segment inférieur sur la tête. Si après les manœuvres l'on constate au toucher que le segment gante la tête, l'on peut à coup sûr espérer un succès.

Si le segment inférieur n'est pas formé, une récurrence pourra se produire ; il est alors très facile de recommencer les manœuvres une deuxième et même une troisième fois, et l'on aboutira le plus souvent à un résultat définitif.

Pour que la version ne soit pas un danger, il faut la pratiquer avec douceur, avec méthode et vérifier souvent le rythme du cœur fœtal.

La ceinture eutocique n'est d'aucune utilité puisque le maintien de la présentation est dû uniquement au segment inférieur.

Vu : Le Doyen
G. ROUSSY.

Vu : Le Président
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Traité généraux.

BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La Pratique de l'Art des Accouchements.

DUBRISAY et JEANNIN. — Précis.

METZGER. — L'Accoucheur moderne.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Traité d'obstétrique.

TARNIER. — 4^e volume Version.

BARTHOLOMEU. — *The American J. obst. and gyneco.*, 1927.

BUDIN. — *Arch. de Biologie*, 1889, T. XVI.

BUSTAMENTÈ. — *Revue Méd. Cubana-Habana*, 1923, T. XXXIV.

CORRIEZ. — La V.M.E. dans les présentations du siège engagé. *Th.* Paris 1888.

DECUGNIÈRE. — La V.M.E. en position de Tredelenburg dans les présentations du siège. *Th.* Paris, 1923.

DELATOUR. — Ind. et contre-ind. V.M.E. *Th.* Paris, 1905.

DUBOIS. — *Mémoire de l'Académie de Médecine de Paris*, 1883, T. III.

DUCELLIER. — *La V.M.E. Th.* Paris, 1858.

FRUHHOLZ. — *Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 1904, XXXVI.

GILBERD. — Article dans *J. obst. and gynécol. Britain empire*, 1927, XXXIV.

GLASSMAN. — Article des *The Am. J. obst. and gynec.*, 1932, XXIV.

GLADDEN et KNID. — *Am. J. obst. and gynec.*, 1929, XVII.

GRYNFELT. — *Gazette Hebdom. des sciences méd.*, Montpellier, 1882.

HUBERT (de Louvain). — *Mémoire de l'Acad. Royale de Belgique*, 1843.

— De la V.M.E., du mécanisme des présentations naturelles et vicieuses du fœtus. Bruxelles, 1880.

HERGOTT. — Lettre sur la réduction et la version céphal. opérée à travers la paroi abdom. *Gazette Méd.*, Paris, 1855.

LEFOUR. — *Arch. de Biologie*, 1888, T. XV.

LEVY-SOLAL. — *Bulletin de la Soc. d'obstétrique et de gynécol.*, 1922, T. I.

LEVASSEUR. — Contribution à l'étude de la V.M.E. *Th.*, Paris, 1904.

MAC GUINNESS. — Art. dans *Canada M.A.J.*, 1928, T. XVIII.

MANIEL. — De l'accouchement par la présentation du siège à la clinique Tarnier (1898 à 1909). *Thèse*, Paris, 1909.

MATTÉI. — Du palper abdominal et de la version céphalique du fœtus opérée par M. E., Paris, 1879.

— Essai sur l'accouchement physiologique, 1855.

MOREAU. — De la mortalité fœtale dans les présentations du siège, Paris, 1921.

NÉRET. — De la présentation du siège. Causes, pronostic, traitement. *Thèse*, Paris, 1889.

PÉTRONÈ (de Trani). — Résultats de la V.M.E. comme traitement prophylactique du siège à la maternité de l'hôpital Boucicaut (années 26-27-28). *Gynécologie et obstétrique*, 1929, T. XIX.

PIERSON. — *Surg. gynec. and obst.*, 1923, T. XXXVII.

PINARD. — Traité du palper abdominal, 2^e éd.

RICHARD. — Contribution à l'étude V.M.E. *Thèse*, Paris, 1927.

TARNIER. — Article version dans l'Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement de Lenoir et Sée, Paris, 1865.

WIGAND. — De la V.M.E. et de l'extraction du fœtus par les pieds. Traduct. de F. S. Hergött, Strasbourg, 1857.

imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.

